

VERÄNDERUNG DER LEBENSZUFRIEDENHEIT DURCH AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE

Von der Fakultät für Lebenswissenschaften
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig
zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Naturwissenschaften
(Dr.rer.nat.)
genehmigte
D i s s e r t a t i o n

Von Nils Köthke
aus Braunschweig

1. Referent: Prof. Dr. Kurt Hahlweg

2. Referent: Prof. Dr. Wolfgang Schulz

eingereicht am: 30.04.2014

mündliche Prüfung (Disputation) am: 22.07.2014

Druckjahr 2014

DANKSAGUNGEN

Zunächst möchte ich mich bei Prof. Dr. Kurt Hahlweg und Prof. Dr. Wolfgang Schulz für die wissenschaftliche Begleitung und Unterstützung bedanken. Prof. Dr. Hahlweg war sofort bereit, mich als Doktoranden aufzunehmen und an der Auswahl dieses schönen Forschungsthemas maßgeblich beteiligt. Auch möchte ich Prof. Dr. Wolfgang Schulz für die engagierte Unterstützung von Beginn des Studiums an bis heute danken.

Weiterer Dank gilt meiner Frau Theresia Köthke und meiner Familie, insbesondere meinem Vater Werner Köthke. Sie alle standen mir mit Rat und Tat zur Seite, vor allem bei den Korrekturen, und haben mich stets motiviert. Hier sei auch mein Cousin Markus Schäpers genannt, der mich mit seiner Promotion zum Thema „Exploring the Frustrated Spin-Chain Compound Linarite by NMR and Thermodynamic Investigations“ (Schäpers, 2014) inspirierte und mit dem ich mich interdisziplinär auf höchstem fachlichem Niveau austauschen konnte.

Ein weiterer Dank geht an Florian Hermann, der das Thema bereits früher für seine eigene Promotion anfänglich bearbeitet hatte. Dadurch konnte ich auf bereits bestehende Daten, aber auch auf Ideen für Literatur und Hypothesen zurückgreifen. Elena Röbig war für den zweiten Datensatz verantwortlich. Gleichzeitig brachte sie mich auf die Idee einer Promotion neben der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten – vielen Dank dafür. Daneben ist auch Doreen Hartung zu erwähnen, die mit Engagement den dritten Datensatz ermöglichte.

Nicht zuletzt sei die Psychotherapieambulanz Braunschweig in der Leitung von PD Dr. Christoph Kröger genannt, ohne die eine Erhebung so vieler Patienten-Daten nicht möglich gewesen wäre.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Konstrukt Lebenszufriedenheit findet Anwendung in den verschiedensten Bereichen wie Soziologie, Philosophie, Ökonomie, Medizin, Umwelt- und Stadtplanung sowie Psychologie. Als Outcome-Variable in der Psychotherapie wurde die Lebenszufriedenheit bisher kaum analysiert. Dies soll in der vorliegenden Arbeit geschehen.

Dazu wurden drei bereits bestehende Datensätze zu einer Gesamtstichprobe integriert. Diese umfasste N=1998 Patienten, für die eine Prä-Messung der Lebenszufriedenheit vorlagen. N=797 Patienten wiesen einen Post-Wert auf, von N=252 Patienten lag auch noch ein Follow-Up-Wert vor. Aufgenommen wurden Patienten der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig mit allen Diagnosen aus den Jahren 1999 bis 2013.

Zum Prä-Zeitpunkt wichen die Lebenszufriedenheit und die Werte symptomorientierter Maße (BDI, SCL-90R, AKV, PFB) signifikant von den Werten einer gesunden Normstichprobe ab und waren vergleichbar mit entsprechenden Patienten-Normstichproben. Die Therapieeffekte waren bezogen auf die symptomorientierten Maße vergleichbar mit anderen Psychotherapieambulanzen. Die Lebenszufriedenheit der Patienten wurde z.B. durch das Alter oder die Partnerschaft beeinflusst, hinsichtlich des Geschlechts ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Je jünger die Patienten, desto unzufriedener waren sie. Eine glückliche Partnerschaft hatte einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Die Lebenszufriedenheit wurde durch Psychotherapie verbessert: sowohl die Prä-Post-, als auch die Prä-Follow-Up-Effektstärken lagen mit $d=0.63$ im mittleren Bereich. Je mehr Diagnosen ein Patient erfüllte, desto größer war die Unzufriedenheit zu Prä, desto größer war tendenziell aber auch der Effekt durch die Psychotherapie. Die Effekte bezüglich der Lebenszufriedenheit durch Psychotherapie waren insgesamt geringer als bei symptomorientierten Maßen.

Psychotherapieforscher und Psychotherapeuten sollten mehr auf die Lebenszufriedenheit eingehen. Dadurch könnten neue Erkenntnisse für den Psychotherapieprozess gewonnen werden und Patienten stärker von ihrer Psychotherapie profitieren. Ansätze in diese Richtung sind in der Literatur bereits vorhanden.

ABSTRACT

The construct of life satisfaction is applied in the most diverse fields such as sociology, philosophy, economics, medicine, environmental and urban planning as well as psychology. As a therapy outcome in psychotherapy life satisfaction has hardly been used. This will be done in the present work.

Therefore three existing records were merged into one total sample. This includes N=1998 patients who had a Pre-measurement of life satisfaction, N=797 with a Post-measurement and N=252 with a FollowUp-measurement. Patients with any diagnoses were treated in the psychotherapy ambulance of the University of Braunschweig from 1999 to 2013.

Life satisfaction and the values of symptom-measures (BDI, SCL-90R, AKV, PFB) differed from a healthy norm sample and were comparable with corresponding patient-norm samples. General therapeutic effects of symptom-measures were comparable to other outpatient clinics. Patients' life satisfaction was influenced, for example, by the age or the partnership but there were no gender differences. The younger the patients, the more dissatisfied they were. A happy partnership had a positive influence on life satisfaction. Furthermore, life satisfaction was improved by psychotherapy: Both from Pre to Post, as well as from Pre to FollowUp there were medium effectsizes around $d=0.63$. The more diagnoses a patient had, the greater the dissatisfaction to Pre and the greater the effect of the psychotherapy was.

Psychotherapy researchers and psychotherapists should focus on life satisfaction. This could provide new insights for the psychotherapy process and patients could benefit more from their psychotherapy. Approaches to this idea can be found in the literature.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	11
2	THEORIE	16
2.1	DEFINITION	16
2.2	STAND DER FORSCHUNG	22
2.2.1	<i>Lebenszufriedenheit vor Beginn der Therapie</i>	23
2.2.1.1	Soziodemographische Variablen und Lebenszufriedenheit	23
2.2.1.2	Lebenszufriedenheit vor Beginn der Therapie im FLZm und FLZ	25
2.2.1.3	Lebenszufriedenheit vor Beginn der Therapie in anderen Lebenszufriedenheitsfragebögen 25	
2.2.1.4	Zusammenfassung	27
2.2.2	<i>Effekte von Psychotherapie auf die Lebenszufriedenheit</i>	28
2.2.2.1	Übersichtsarbeit von Crits-Christoph et al. (2008)	28
2.2.2.2	Weitere Studien zu Effekten von Psychotherapie auf die Lebenszufriedenheit	30
2.2.2.3	Effekte von Psychotherapie auf die Lebenszufriedenheit von Psychotherapieambulanzen des unith-Verbundes	32
2.2.2.4	Zusammenfassung	33
3	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	35
3.1	GENERALISIERBARKEIT DER ERGEBNISSE	35
3.2	LEBENSZUFRIEDENHEIT VOR BEGINN DER THERAPIE	35
3.3	VERÄNDERUNGEN DER LEBENSZUFRIEDENHEIT WÄHREND DES THERAPIEVERLAUFS	36
3.4	WEITERE ZUSAMMENHÄNGE	36
3.5	BEREICHE DER LEBENSZUFRIEDENHEIT	37
4	METHODE	38
4.1	VERSUCHSPLAN	38
4.2	STICHPROBE	38
4.2.1	<i>Patienten</i>	41
4.2.1.1	Gesamtstichprobe	41
4.2.1.1.1	Soziodemographische Variablen	41
4.2.1.1.2	Diagnosen	43
4.2.1.2	Verlaufsdatensatz Prä-Post	44
4.2.1.2.1	Soziodemographische Variablen	45
4.2.1.2.2	Diagnosen	45
4.2.1.3	Verlaufsdatensatz Prä-Post-FU	45
4.2.1.3.1	Soziodemographische Variablen	46
4.2.1.3.2	Diagnosen	46
4.2.1.4	Dropouts	47
4.2.2	<i>Therapeuten</i>	49
4.3	VERFAHREN	49
4.3.1	<i>Symptom-Checkliste (SCL-90-R)</i>	50
4.3.2	<i>Beck-Depressions-Inventar (BDI)</i>	51
4.3.3	<i>Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV)</i>	51
4.3.4	<i>Partnerschaftsfragebogen (PFB)</i>	53
4.3.5	<i>Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – Module (FLZm)</i>	53
4.3.6	<i>Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)</i>	54
4.4	DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG	54
4.5	STATISTISCHE ANALYSE	55
4.5.1	<i>z-Transformation von FLZ und FLZm</i>	56

4.5.2	<i>Umgang mit fehlenden Daten</i>	57
4.5.3	<i>Completer- vs. Intention-to-treat-Analysen</i>	57
5	ERGEBNISSE	58
5.1	GENERALISIERBARKEIT DER ERGEBNISSE	58
5.1.1	<i>Fragebogenwerte zu Prä</i>	58
5.1.2	<i>Therapieeffekte im Vergleich zu anderen Psychotherapieambulanzen</i>	58
5.2	LEBENSZUFRIEDENHEIT VOR BEGINN DER THERAPIE	61
5.2.1	<i>Hypothese 1: Lebenszufriedenheit der Patienten insgesamt zum Prä-Zeitpunkt</i>	61
5.2.2	<i>Hypothese 2: Unterschiede in der Lebenszufriedenheit je nach Altersgruppe und Geschlecht</i>	61
5.2.3	<i>Hypothese 3: Unterschiede in der Lebenszufriedenheit je nach Diagnosegruppe und Störungsbild</i>	62
5.2.4	<i>Hypothese 4: Lebenszufriedenheit und Partnerschaft</i>	64
5.3	VERÄNDERUNGEN DER LEBENSZUFRIEDENHEIT ÜBER DEN THERAPIEVERLAUF	67
5.3.1	<i>Hypothese 5: Lebenszufriedenheit im Prä-Post-Vergleich</i>	67
5.3.2	<i>Hypothese 6: Lebenszufriedenheit im Prä-FU-Vergleich</i>	67
5.3.3	<i>Hypothese 7: Lebenszufriedenheit Post bzw. FU im Vergleich zur Normalbevölkerung</i>	68
5.3.4	<i>Hypothese 8: Störungsspezifische Veränderungen</i>	69
5.4	WEITERE ZUSAMMENHÄNGE	73
5.4.1	<i>Hypothese 9: Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Anzahl der Therapiesitzungen</i>	73
5.4.2	<i>Hypothese 10: Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und symptombezogenen Maßen</i>	73
5.4.3	<i>Hypothese 11: Lebenszufriedenheit und symptombezogene Maße</i>	74
5.4.4	<i>Hypothese 12: Vorhersage der Veränderung der Lebenszufriedenheit</i>	75
5.5	BEREICHE DER LEBENSZUFRIEDENHEIT	79
5.5.1	<i>Hypothese 13: Veränderungen in den einzelnen Lebensbereichen</i>	79
6	DISKUSSION	81
6.1	ZUSAMMENFASSUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE.....	81
6.1.1	<i>Vergleichbarkeit der vorliegenden Daten und Therapieeffekte</i>	81
6.1.2	<i>Lebenszufriedenheit vor Beginn der Therapie</i>	81
6.1.3	<i>Veränderungen der Lebenszufriedenheit über den Therapieverlauf</i>	83
6.1.4	<i>Weitere Zusammenhänge</i>	84
6.1.5	<i>Bereiche der Lebenszufriedenheit</i>	85
6.2	GRENZEN UND EINSCHRÄNKUNGEN DER DISSERTATION	85
6.3	AUSBlick	86
6.4	WEITERE FORSCHUNGSVORHABEN	89
7	LITERATUR	91
8	ANHANG	98

1 EINLEITUNG

In Bhutan, einem kleinen Land zwischen China und Indien mit rund 700.000 Einwohnern, leben vermutlich die glücklichsten Menschen der Welt. Denn 1979 führte der König von Bhutan, Jigme Singye Wangchuck, das sogenannte Bruttonationalglück (Gross National Happiness; GNH) ein. Er befragte seine Bürger nach ihrer Zufriedenheit und ernannte das nationale Glücksempfinden zum vorrangigen Entwicklungsziel des Landes (Pfaff, 2011; Scheub, 2009).

In vielen Industrienationen gilt das Bruttoinlandsprodukt (BIP) – und damit eine rein wirtschaftliche Kennzahl – als Entwicklungsziel. Sowohl der Bericht der internationalen Kommission zur Messung wirtschaftlicher Leistung und sozialen Fortschritts, als auch die von der Europäischen Kommission präsentierte Mitteilung "Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) und mehr – die Messung des Fortschritts in einer Welt im Wandel" kritisieren das BIP als einziges Entwicklungsziel. So würden beispielsweise Hausarbeit oder ehrenamtliche Tätigkeit sowie die nicht-materielle Seite der Lebensqualität nicht mit einbezogen (Destatis, 2012). Dass Wohlstand und Lebenszufriedenheit nicht gleichzusetzen sind, zeigen auch folgende Statistiken: Obwohl sich in Japan das BIP von 1958 bis 1991 versechsfachte, blieb die durchschnittliche Lebenszufriedenheit gleich. In den USA stieg das BIP von 1970 bis 1995 um 20%, die Lebenszufriedenheit sank jedoch leicht (Grimm, 2006).

In Deutschland wird dieses Thema schon lange immer wieder diskutiert. Seit 2011 sucht eine Enquête-Kommission des Bundestags mit dem Titel „Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität – Wege zu nachhaltigem Wirtschaften und gesellschaftlichem Fortschritt in der Sozialen Marktwirtschaft“ eine neue Messzahl für Wohlstand und Fortschritt, die zusätzlich zu den finanziellen auch weitere Aspekte berücksichtigen soll (Pichler, 2011; Wittrock, 2011). Auch die deutsche Gesellschaft hat das Thema längst erreicht. So fordert die Presse: „Neue Zahlen braucht das Land“ (Böcking, 2012). Und auch in der Ärzte-

zeitung (Staeck, 2013) ist davon die Rede, dass die Lebensqualität als schwer quantifizierbare Größe mit in die Kosten-Nutzen-Analysen der Ökonomen einfließen sollte.

Befragte man nach der Grenzöffnung die Menschen in Deutschland nach ihrer Lebenszufriedenheit, so zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen Ost und West. Dieser Abstand war in den 90er Jahren noch groß, nahm aber im Verlauf der Jahre ab. Für das Jahr 2008 konnte eine Lebenszufriedenheit (auf einer Skala von 0-10) von 6,9 für West und 6,5 für Ost erhoben werden (Böhnke, 2010). Wie Spiegel Online (2012) berichtet, ist der Abstand zwischen Ost und West nach den neusten Ergebnissen des Glücksatlas 2012 mit 0,2 Punkten inzwischen so gering wie nie zuvor. Im europäischen Vergleich landet Deutschland bei der Lebenszufriedenheit 2006 noch auf Platz 15, 2011 schon auf Platz 9. Am besten schneiden die skandinavischen Länder (Platz 1-5) und die Schweiz (Platz 4) im europäischen Vergleich ab (Noll & Weick, 2010).

Was aber ist Lebenszufriedenheit? Wie lässt sich diese definieren und wie lässt sie sich messen? Welche Faktoren sind dafür bedeutsam und wie kann sie verbessert werden?

Veenhoven (2000) stellt zunächst fest, dass der Begriff Lebenszufriedenheit zwar oft für menschliche Individuen verwendet wird, aber durchaus auch in Bezug auf Gruppen (z.B. die Gruppe der Frauen) oder Völker (z.B. die Deutschen) Verwendung findet und teilweise sogar auf Tiere (z.B. Schweine in einer Mastanlage) angewandt wird. Die WHO beschreibt in der Bangkok-Charta von 2005: „Die Vereinten Nationen erkennen an, dass das Erreichen der höchstmöglichen Gesundheitsstandards eines der fundamentalen Rechte aller Menschen ohne Unterschied darstellt. Gesundheitsförderung basiert auf diesem wesentlichen Menschenrecht. Dieses positive und umfassende Konzept begreift Gesundheit als einen Bestimmungsfaktor für Lebensqualität einschließlich des psychischen und geistigen Wohlbefindens“ (Wikipedia, 2012).

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ; Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000) misst Lebenszufriedenheit in den 10 Bereichen Gesundheit, Arbeit/Beruf, Finanzen, Freizeit, Freunde/Bekannte/Verwandte, Beziehung zu eigenen Kindern, Wohnung, Sexualität, Ehe/Partnerschaft und eigene Person. Wie die Autoren der Bangkok-

Charta sehen auch die Autoren dieses Fragebogens die Gesundheit als wichtigsten Faktor der allgemeinen Lebenszufriedenheit. So würden mit ihrem Leben Unzufriedene beispielsweise häufiger einen Arzt aufsuchen und sich öfter in psychotherapeutische Behandlung begeben als Menschen mit ausgeprägter Lebenszufriedenheit.

Die Lebensunzufriedenheit von Patienten ist häufig der Grund dafür, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Lebenszufriedenheit ist damit in der Regel auch ein indirektes Ziel der Psychotherapie. In den letzten Jahren wurden daher zunehmend Psychotherapieformen entwickelt, welche die Lebenszufriedenheit als zentrales Ziel der Psychotherapie in den Vordergrund stellen. Die Autoren dieser Behandlungsansätze gehen davon aus, dass durch eine gesteigerte Lebenszufriedenheit Krankheits-Symptome reduziert werden können, während bisherige Therapiekonzepte davon ausgehen, dass durch die Reduktion der Symptomatik die Lebenszufriedenheit gesteigert wird. Beispiele für diese Therapieformen sind die Positive Psychotherapy (Seligman, 2002, 2012; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, Rashid & Parks, 2006; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005), die Quality of Life Therapy (Frisch, 1998, 2006), die Well-Being Therapy (Fava, 1999; Fava & Ruini, 2003) oder die Future-Directed Therapy (Vilhauer et al., 2012).

Ein zentrales Problem im Umgang mit dem Thema Lebenszufriedenheit ist ihre Definition und damit verbunden ihre Messbarkeit. Teilweise synonym mit dem Begriff Lebenszufriedenheit verwendet, teilweise gegeneinander abgegrenzte Begriffe sind z.B. Lebensqualität, Wohlbefinden, Glück sowie englische Begrifflichkeiten wie quality of life, life satisfaction, well-being oder happiness. Aber auch innerhalb dieser verschiedenen Begriffe herrschen unterschiedliche Definitionen. Auch die Messung dieser Konstrukte kann vielfältiger kaum sein. Selbst innerhalb einer Disziplin (z.B. der Medizin) und eines bestimmten Krankheitsbildes (z.B. Krebs) gibt es eine Fülle von Lebenszufriedenheits-Instrumenten mit unterschiedlichen Operationalisierungen. In ihrer Sammlung „Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden“ (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003) werden Instrumente vorgestellt, die in einer deutschen Fassung vorliegen, teststatistisch überprüft sind, anerkannten methodischen Standards genügen sowie Norm-

bzw. Vergleichswerte aufweisen. Allein diese eingegrenzte Auswahl umfasst 72 Instrumente.

Der Psychologe und Nobelpreisträger Kahneman (2012) verdeutlicht das Problem anschaulich. Meist werde Lebenszufriedenheit mit der Frage „Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?“ erhoben (S. 482). Zunächst hielt er dies für eine fehlerhafte Messung des erlebten Wohlbefindens und entwickelte eine alternative Messmethode, die täglich mehrfach das Wohlbefinden durch eine Liste von Gefühlsadjektiven abfragte. Er konnte z.B. zeigen, dass ein höherer Bildungsstand mit einer höheren Bewertung der Lebenszufriedenheit einhergeht, nicht jedoch mit einem höher erlebten täglichen Wohlbefinden (Gleiches gelte für das Einkommen). Daraufhin musste er feststellen: „Die Lebenszufriedenheit ist kein fehlerhaftes Maß des erlebten Wohlbefindens [...], sie ist etwas völlig anderes“ (S.489).

Auch Schumacher et al. (2003) unterscheiden zwischen dem emotionalen Wohlbefinden, welches sich – wie das von Kahneman verwendete erlebte Wohlbefinden – auf die Gefühlszustände in klar definierten Zeiträumen bezieht (z.B. im gegenwärtigen Moment oder im Verlauf der vorrausgegangenen Woche), das sie „erlebendes Selbst“ nennen und dem kognitiv-evaluativen Wohlbefinden, welches sich auf das gesamte zurückliegende Leben bezieht (was Kahneman „erinnerndes Selbst“ nennt) und sie mit Lebenszufriedenheit gleichsetzen. Diese beiden Konstrukte seien bereits in diversen Studien eindeutig voneinander abgegrenzt worden. Passend dazu stellen Knabe, Rätzel, Schöb und Weimann (2010) fest, dass Arbeitslose im Vergleich zu Berufstätigen eine niedrigere Lebenszufriedenheit aufweisen (vergleichbar mit Kahnemans Ergebnissen zum Bildungsstand). Während gleicher Aktivitäten dieser beiden Gruppen berichten Arbeitslose zwar weniger positive Gefühle (erlebtes Wohlbefinden). Wird das Wohlbefinden für jede Aktivität aber gewichtet und aufaddiert, ergibt sich kein Unterschied mehr, da Arbeitslose mehr Zeit für angenehme Aktivitäten haben.

Fragen zur Lebenszufriedenheit sind laut Kahneman (2012) mit Vorsicht zu betrachten, da die emotionale Befindlichkeit zum Zeitpunkt der Beantwortung von Fragen zur Lebenszufriedenheit deren Ergebnisse beeinflussen. Er beschreibt ein Experiment,

bei dem die Hälfte der Probanden vor dem Ausfüllen eines Fragebogens ein 10-Cent-Stück auf einem Kopierer finden und danach ihre Lebenszufriedenheit positiver bewerten. Seligman (2012) kommt zu einem vergleichbaren Ergebnis: Bei der Frage „wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?“ mache die Stimmungslage während des Beantwortens dieser Frage 70% des Ergebnisses aus. Kahneman (2012) führt weiter aus, dass eine kürzlich stattgefundene oder bevorstehende Hochzeit die Bewertung der Lebenszufriedenheit ebenfalls positiv beeinflusst, da bei der Beantwortung der Frage ein so markantes Erlebnis eher erinnert wird. Genauso beeinflussten die gesteckten Ziele und die Verwirklichung dieser Ziele die Lebenszufriedenheit. So spiele das Einkommen bei Menschen, deren Ziel immer war, „später einmal reich zu sein“, eine große Rolle für die Lebenszufriedenheit. „Wie zufrieden sind sie insgesamt?“ sei eben nicht so leicht zu beantworten wie die Frage „Wie lautet Ihre Telefonnummer?“. So habe auch das Wort Glück keine einfache Bedeutung und solle daher auch nicht so verwendet werden, als hätte es eine einfache Bedeutung.

2 THEORIE

2.1 Definition

De Vries und Van Heck (1997) stellten bereits vor 15 Jahren fest, dass kein internationaler Konsens über die Definition von Lebensqualität bestehe. Bei der Entwicklung entsprechender Messinstrumente zur Lebensqualität sei die zugrunde liegende Definition oftmals unklar und bestehe meist aus einer Auflistung von Bereichen, die mit dem Instrument gemessen werden sollen. Somit sei die Definition stark von der Sicht des Entwicklers abhängig.

Deshalb entwickelte eine Arbeitsgruppe der WHO 1997 folgende Definition: „Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt“ (Lippke & Renneberg, 2006, S.4). Allerdings findet diese Definition bis heute kaum Anwendung.

Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden oder Glück: Welche überlappende Bedeutung diese verschiedenen Begriffe haben, wird bei der Lektüre dreier Beiträge im Buch „Leben in Ost- und Westdeutschland“ (Krause & Ostner, 2010) deutlich. Im Kapitel „Lebensqualität, Zufriedenheit und Sorgen“ werden schon in den Überschriften der einzelnen Beiträge diese Begriffe unterschiedlich verwendet: Böhnke (2010) benutzt das Wort „Glück“, Hadjar und Berger (2010) verwenden das Wort „Lebenszufriedenheit“ und Noll und Weick (2010) gebrauchen den Ausdruck „Subjektives Wohlbefinden“ für ein und dasselbe. In allen drei Beiträgen werden Statistiken vorgestellt, in denen die zugrunde liegende Frage lautet: „Wie zufrieden sind Sie, alles in allem, gegenwärtig mit Ihrem Leben?“. Trotz einheitlicher Operationalisierung mit derselben Fragestellung werden unterschiedliche Begrifflichkeiten für denselben Tatbestand verwendet.

Wie in der Einleitung beschrieben, unterscheiden Kahneman (2012) wie auch in ähnlicher Form Schumacher et al. (2003) das emotionale Wohlbefinden vom kognitiv-evaluativen Wohlbefinden, welches als gleichbedeutend mit Lebenszufriedenheit betrachtet wird. Unterschieden wird hauptsächlich der Bewertungszeitraum: Während emotionales Wohlbefinden den momentanen Gefühlszustand beschreibt, umfasst kognitiv-evaluatives Wohlbefinden bzw. Lebenszufriedenheit eine Rückschau auf das bisherige Leben.

Seligman (2012) definiert Wohlbefinden anders. Er fasst es anders als Kahneman (2012) und Schumacher et al. (2003) – vergleichbar mit dem Wetter – als ein Konstrukt auf, das aus verschiedenen messbaren Komponenten besteht, selber aber nicht messbar ist. Die fünf Elemente positive Gefühle, Engagement, Sinn, Zielerreichung und positive Beziehungen ergeben für ihn das Konstrukt Wohlbefinden. Dieses Konstrukt grenzt er von dem Konstrukt Glück ab. Glück operationalisiert er durch die Frage „Wie zufrieden sind Sie mit dem Leben?“ und setzt damit den Begriff Glück mit dem Konstrukt Lebenszufriedenheit gleich. Steigerung des Wohlbefindens stellt das Ziel seiner Positive Psychotherapy dar.

Um Lebensqualität von Lebenszufriedenheit zu unterscheiden, bezieht sich Veenhoven (2000) auf verschiedene Definitionen von Lebensqualität. So zitiert er McCall (1975), der Lebensqualität als „notwendige Bedingung für Glück“ definiert, womit er objektive Tatsachen wie Reichtum, Gesundheit, etc. meint, während Terhune (1973) Lebensqualität als „subjektive Zufriedenheit“ beschreibt. Im Englischen wird für beide Bedeutungen der Begriff „quality of life“ und nur selten der Ausdruck „life satisfaction“ im Sinne der Definition von Terhune (1973) verwendet. Die deutsche Literatur tendiert hingegen dazu, den Begriff Lebensqualität im Sinne McCalls (1975) und den Begriff Lebenszufriedenheit im Sinne Terhunes (1973) zu gebrauchen.

Auch Martin, Schneider, Eicher und Moor (2012) identifizieren zwei Konstrukte, die Lebensqualität definieren und messen: Die objektive und die subjektive Lebensqualität.

Das Konstrukt der *objektiven Lebensqualität* versucht Lebensqualität objektiv von außen zu messen, z.B. über den Gesundheitszustand des Patienten. Hier wird der Begriff

„Health-Related Quality of Life“ verwendet. Häufig eingesetzte Verfahren bezüglich dieser objektiven Lebensqualität sind z.B. die „Health Survey – Short Form“ (SF-36; Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993; deutsche Fassung von Bullinger & Kirchberger, 1998), das „Nottingham Health Profile“ (NHP; Hunt, McKenna, McEwen, Williams & Papp, 1981) oder das „EuroQol Instrument“ (EQ-5D; EuroQol Group, 1990). Wie De Vries und Van Heck (1997) kritisieren, impliziere der Begriff „Health-Related Quality of Life“ zwar eine positive Konnotation, der Inhalt vieler so bezeichneter Instrumente zielt jedoch auf Krankheit und den (negativen) Einfluss der Krankheit auf die Lebensqualität. Im Deutschen wird deshalb der Begriff „Health-Related Quality of Life“ häufig nicht mit „gesundheitsbezogene Lebensqualität“, sondern mit „krankheitsbezogene Lebensqualität“ übersetzt. Trompenaars, Masthoff, Van Heck, Hodiament und De Vries (2006) machen im Sinne dieser Problematik deutlich, dass alle objektiven Lebensqualität-Instrumente auf diese Weise krankheitsbezogen seien und nach der Definition der WHO solche objektiven Verfahren nicht zur alleinigen Messung der Lebensqualität eingesetzt werden sollten. Ein weiterer Grund, diese Verfahren nur in ausgewählten Fällen einzusetzen, sei die starke Korrelation mit symptombezogenen Fragebögen, wie Martin et al. (2012) hervorheben. De Vries und Van Heck (1997) stellen außerdem heraus, dass bei einer Messung mit solchen Instrumenten aus einem niedrigen Gesundheitsstatus eine niedrige Lebensqualität resultiere. Dies widerspreche jedoch strikt den empirischen Befunden, in denen z.B. körperlich stark eingeschränkte Patienten dennoch eine hohe Lebenszufriedenheit aufweisen können. Diesen Effekt bezeichnet man auch als „Lebensqualitäts-Paradoxon“. Dies meint, dass Personen selbst in von außen betrachtet schlechtesten Lebensbedingungen subjektiv zufrieden sein können. Wulff (2007) beschreibt dieses Phänomen z.B. für HIV- und Lymphom-Patienten. Schäfers (2008) findet entsprechende Ergebnisse bei Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen. Das Problem dieser Instrumente ist also, dass sie aus ihrer Systematik heraus kranken und behinderten Menschen – entgegen deren subjektivem Empfinden – eine mindere Lebensqualität attestieren.

Im Gegensatz zum objektiven Lebensqualitätsansatz postuliert das Konstrukt der *subjektiven Lebensqualität*, dass Lebensqualität ein subjektiver Zustand ist und daher auch nur durch subjektive Selbsteinschätzungen gemessen werden kann (Martin et al., 2012). Während der Begriff Lebensqualität also durchaus beide Ansätze beschreibt, meint der Begriff Lebenszufriedenheit die subjektiv erlebte Lebensqualität. Im Unterschied zu Messinstrumenten zur objektiven Lebensqualität werden bei Messinstrumenten zur subjektiven Lebensqualität die Fragen positiv formuliert (z.B. „Wie zufrieden sind sie mit...?“). Oft verwendete Instrumente dieser Art sind das „World Health Organization Quality of Life“ (WHOQOL-100 und WHOQOL-bref; Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2001), das „Quality of Life Inventory“ (QOLI; Frisch, 1994a, b; Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992), der „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – Module“ (FLZm; Henrich & Herschbach, 2000a), der „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ; Fahrenberg et al., 2000) und die „Satisfaction with Life Scale“ (SWLS; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).

Neben der Unterscheidung zwischen objektiver und subjektiver Lebensqualität unterscheiden sich die Instrumente zur Erfassung dieser Merkmale außerdem darin, welche Bereiche zur Lebensqualität/-zufriedenheit gezählt werden. Außerdem variiert die Anzahl der Items pro Bereich. Einige Instrumente lassen eine gewichtete Berechnung der Lebensqualität/-zufriedenheit zu. So schätzen die Probanden nicht nur die Zufriedenheit, sondern auch die Wichtigkeit jedes Bereiches ein. Durch eine Umrechnungsformel können somit wichtige Bereiche stärker gewichtet werden als unwichtige. Eine weitere Unterscheidung, die De Vries und Van Heck (1997) vornehmen, ist die Unterteilung in globale (Lebenszufriedenheit insgesamt), störungsspezifische (z.B. Lebenszufriedenheit bei Krebskranken) und bereichsspezifische (z.B. Zufriedenheit in der Partnerschaft) Lebensqualität/-zufriedenheit. Diese Unterscheidung gibt es auch für Messinstrumente der objektiven Lebensqualität. Tabelle 1 gibt einen Überblick über ausgewählte globale objektive und subjektive Verfahren.

Tabelle 1

Ausgewählte Testverfahren zur Messung der Lebenszufriedenheit und krankheitsbezogenen Lebensqualität

Testverfahren	Faktoren	Items	Gewichtung	positiv	
				formuliert	subjektiv
World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100; Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2001)	5	100	ergänzend möglich	ja	ja
WHOQOL-bref	5	26	ergänzend möglich	ja	ja
Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, 1994a, b)	17	17 (+17)	ja	ja	ja
Fragebogen zur Lebenszufriedenheit - Module (FLZm; Henrich & Herrschbach, 2000a)	8	8(+8)	ja	ja	ja
Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ; Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000)	10	70	nein	ja	ja
Satisfaction with Life Scale (SWLS; Diener et al., 1985)	1	5	nein	ja	ja
Health Survey - Short Form (SF-36; Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993)	8	36	nein	nein	HR-QoL
EuroQol Instrument (EQ-5D; EuroQol Group, 1990)	5	5	nein	nein	HR-QoL
Nottingham Health Profile (NHP; Hunt, McKenna, McEwen, Williams & Papp, 1981)	6	38	nein	nein	HR-QoL

Anmerkungen. HR-QoL=Health Related Quality of Life (krankheitsbezogene Lebensqualität).

Zusammenfassend lässt sich Folgendes festhalten: Wohlbefinden, Glück und Lebenszufriedenheit sind *subjektive Maße*, die als solche auch nur durch Selbsteinschätzungen erfasst werden können. Emotionales Wohlbefinden ist eher in der Gegenwart angesiedelt und erfasst oftmals den momentanen Gefühlszustand einer Person. Es ist klar abgrenzbar vom kognitiv-evaluativen Wohlbefinden bzw. der Lebenszufriedenheit,

die sich meistens auf das zurückliegende gesamte Leben bezieht. So wie der Begriff Lebenszufriedenheit immer ein subjektives Maß meint, kann auch die Lebensqualität eine solche subjektive Einschätzung erfassen (subjektive Lebensqualität).

Darüber hinaus wird der Begriff Lebensqualität aber auch in einer anderen Bedeutung als *objektive Lebensqualität* verstanden und z.B. im Bereich der krankheitsbezogenen Lebensqualität verwendet. *Lebenszufriedenheit*, *subjektive Lebensqualität* und *kognitiv-evaluatives Wohlbefinden* sind also drei Begriffe für dasselbe Konstrukt. Dieses Konstrukt kann einerseits von objektiver Lebensqualität, andererseits von emotionalem Wohlbefinden abgegrenzt werden. Allerdings haben sowohl die objektive Lebensqualität, als auch das gegenwärtige emotionale Wohlbefinden Einfluss auf die Bewertung der Lebenszufriedenheit (s. Abbildung 1).

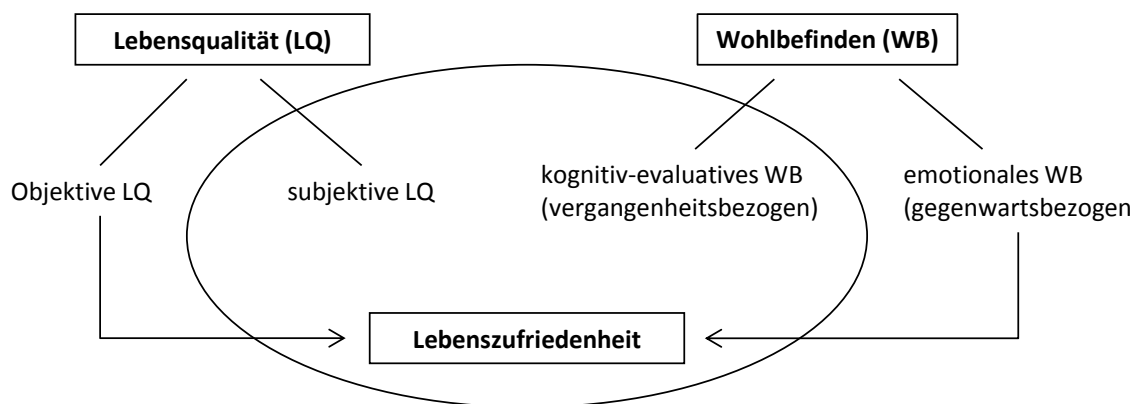


Abbildung 1: Zusammenhänge von Lebensqualität, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit

2.2 Stand der Forschung

Bei Sichtung der wissenschaftlichen Literatur, orientiert an den Begriffen Lebenszufriedenheit oder Lebensqualität, erschlägt einen die Flut an Beiträgen. Eine Sucheingabe von „quality of life“ auf pubmed.com ergibt 185.247 Suchergebnisse von denen allein 75.667 in den letzten 5 Jahren publiziert wurden (Stand 13.09.2012). Garratt, Schmidt, Mackintosh und Fitzpatrick (2002) finden in ihrer Literaturdurchsicht 3.921 Artikel, in denen Lebensqualität gemessen wurde. Sie beschreiben einen exponentiellen Anstieg über die Jahre. In den meisten Artikeln (1.819) wurden störungsspezifische Instrumente verwendet. Am häufigsten wird Lebenszufriedenheit in den Bereichen Krebs und Rheumatologie gemessen.

Auch die Literatursuche im Rahmen dieser Dissertation stieß vorwiegend auf Beiträge aus dem medizinischen Bereich. Oftmals werden objektive krankheitsbezogene *Lebensqualitätsinstrumente* (aus der Medizin meist der SF-36 oder Abwandlungen davon) (z.B. Baumschlager, Haas-Krammer & Rothenhäusler, 2011; Goetzmann et al., 2012; Rodrigue et al., 2011) oder speziell für die entsprechende Krankheit entwickelte Instrumente (z.B. für Demenz: Becker, Kruse, Schröder & Seidl, 2005; Dichter, Bartholomeyczik, Nordheim, Achterberg & Halek, 2011; oder für multiple Sklerose: Flachenecker, Vogel, Simeoni, Auquier & Rieckmann, 2011) eingesetzt. Allein für den spezifischen Bereich der Brustkrebserkrankung finden Chopra und Kamal (2012) in ihrem Review 12 verschiedene Lebensqualitätsinstrumente.

Die Studien, die sich mit Lebenszufriedenheit befassen, stammen aus dem Bereich der Krebserkrankungen (z.B. Arpawong, Richeimer, Weinstein, Elghamrawy & Milam, 2012; Badr, Carmack, Kashy & Cristofanilli, 2010; Dizon, 2009; Segrin, Badger & Harrington, 2012). Weitere Untersuchungen zur Lebenszufriedenheit beziehen sich auf psychiatrische oder psychische Störungen wie z.B. zu chronischem Schmerz (z.B. Hampel & Mergel, 2009; Nuñez et al., 2010), ADHS (z.B. Schmidt, Brähler, Petermann & Koglin, 2012; Manos, 2010), bipolarer Störung (z.B. IsHak et al., 2012) oder Schizophrenie (z.B. Alptekin et al., 2005; Eack & Newhill, 2007; Fujimaki, Morinobu, Yamashita, Takahashi & Yamawaki, 2012; Tomotake, 2011). Bei psychischen Störungen wie Depressionen oder

Angststörungen werden oft nur die Effekte medikamentöser Therapie auf die Lebenszufriedenheit untersucht (z.B. Dombrowski et al., 2007; Mendlowicz & Stein, 2000; Sobocki et al., 2007).

Studien, in denen die Effekte von Psychotherapie auf Lebenszufriedenheit untersucht wurden, sind hingegen selten. Im Gegensatz zu den pressewirksamen Beiträgen in den Medien, bei denen fast wöchentlich Lebenszufriedenheit thematisiert wird, wird die Lebenszufriedenheit in der Psychotherapieprozessforschung vernachlässigt. Bereits Gladis, Gosch, Dishuk und Crits-Christoph (1999) plädieren dafür, den Blick bei der Evaluation von Therapieerfolg auf die Lebenszufriedenheit auszuweiten. Sie beanstanden die geringe Anzahl an Studien, bei denen Lebenszufriedenheit mehr als eine zweitrangige Outcome-Variable ist. So fordern sie mehr Forschung in diesem Bereich, auch um Zusammenhänge von Lebenszufriedenheit und Symptomen sowie beeinflussenden Determinanten und Mediatoren zu evaluieren. Auch neun Jahre später gibt es nach Crits-Christoph et al. (2008) immer noch zu wenig Forschung, die Lebenszufriedenheit im Verlauf einer Psychotherapie untersucht, obwohl sie oft ein implizites oder explizites Ziel von Psychotherapie darstellt.

Im Folgenden werden zunächst Arbeiten vorgestellt, in denen die Lebenszufriedenheit von Psychotherapiepatienten *vor* der Psychotherapie untersucht wird. Im darauf folgenden Abschnitt sollen dann Studien zur Veränderung von Lebenszufriedenheit *durch* Psychotherapie kritisch reflektiert werden.

2.2.1 Lebenszufriedenheit vor Beginn der Therapie

2.2.1.1 Soziodemographische Variablen und Lebenszufriedenheit

Fahrenberg et al. (2000) führen eine Literatursuche durch, um den Effekt soziodemographischer Faktoren auf die Lebenszufriedenheit, gemessen mit dem FLZ, zu untersuchen. Dabei zitieren sie Studien mit unterschiedlichen Lebenszufriedenheitsinstrumenten. Die meisten Studien wiesen keinen Geschlechterunterschied auf. In zwei Untersuchungen waren die Männer, in einer Studie die Frauen zufriedener mit ihrem Leben. Auch in Bezug auf das Alter gewannen sie aus der Literatur keine eindeutigen Ergebnis-

se. Insgesamt meinten sie, einen Trend zu größerer Zufriedenheit mit zunehmendem Alter zu erkennen.

Frisch et al. (2005) untersuchen den QOLI und beziehen sich dabei auf verschiedene Stichproben. In einer ihrer Stichproben finden sie keinen signifikanten Unterschied in der Lebenszufriedenheit von Frauen und Männern. In einer anderen finden sie zwar, dass die Männer dort signifikant höhere Werte im QOLI aufweisen als die Frauen, der Effekt sei jedoch so gering, dass sie trotzdem geschlechtsübergreifende Normen zur späteren Auswertung verwenden.

Daig et al. (2011) betrachten die Einflüsse von Geschlecht und Alter auf die Werte im FLZm genauer. Sie finden für beide Geschlechter zusammen genommen die höchst gewichtete Lebenszufriedenheit in den Altersgruppen 25-34 Jahre und 35-44 Jahre. Die insgesamt höchste Zufriedenheit geben 35- bis 44-jährige Frauen an. Die insgesamt geringste Zufriedenheit geben jedoch ebenfalls Frauen an, diesmal in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen. Es scheint also durchaus Einflüsse von Alter und Geschlecht zu geben, die jedoch nicht linear sind.

Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll und Decker (2009) untersuchen anhand einer Stichprobe von N=5036 die Einflüsse von Alter und Geschlecht auf jeden einzelnen der acht Bereiche des FLZm. Dazu teilen sie die repräsentative Stichprobe in drei Altersgruppen (bis 30, 30-60, über 60) ein. Das Geschlecht hat Einfluss auf die Zufriedenheit in den Bereichen Familie (hier waren Frauen zufriedener) und Freizeit (hier waren Männer zufriedener). Das Alter zeigte in allen acht Bereichen einen Einfluss. Den größten Einfluss hatte es in Bezug auf die Zufriedenheit in den Bereichen Gesundheit (die Zufriedenheit nahm im Alter ab) und Einkommen (hier nahm die Zufriedenheit mit dem Alter zu). Auch Einflüsse der Kombination Geschlecht/Alter konnten in den Bereichen Gesundheit, Einkommen und Familie gezeigt werden.

Fahrenberg et al. (2000) finden darüber hinaus einen klaren Zusammenhang des Partnerschaftsstatus mit der Lebenszufriedenheit. Personen, die mit ihrem Partner zusammen leben, sind zufriedener mit ihrem Leben. Dies gilt auch für Personen, die z.B. durch Freunde oder Familienangehörige sozial stärker unterstützt werden. Auch ein ho-

her sozioökonomischer Status, definiert über das Einkommen, die Schulbildung und den Beruf, korreliert mit einer erhöhten Lebenszufriedenheit. Außerdem scheinen religiöse Menschen zufriedener zu sein.

2.2.1.2 Lebenszufriedenheit vor Beginn der Therapie im FLZm und FLZ

Henrich und Herschbach (2000a) geben an, für das Modul „General Life Satisfaction“ des FLZm insgesamt 29 Patientengruppen (N=7.654) und 12 Gruppen Gesunder (N=5.425) untersucht zu haben. In einer Abbildung wird deutlich, dass Patienten mit psychischen Störungen niedrigere Lebenszufriedenheitswerte als Patienten mit körperlichen Erkrankungen und als Gesunde aufweisen. Am geringsten sind die Werte bei Patienten mit Depressionen. Es werden jedoch keine genauen Werte und keine Signifikanzen angegeben. In einer neuen Normierung von Daig et al. (2011) wird die Normalbevölkerung untersucht, sodass keine Aussagen über psychisch Kranke daraus abgeleitet werden können.

In der Handanweisung zum FLZ (Fahrenberg et al., 2000) werden zwar Studien dargestellt, bei denen Patienten mit dem FLZ untersucht wurden. Allerdings beziehen diese sich nur auf körperliche Erkrankungen. Normierungen liegen nur für die Allgemeinbevölkerung vor, sodass sich auch hier kein Anhalt auf die Verteilung bei psychisch Kranken ergibt.

2.2.1.3 Lebenszufriedenheit vor Beginn der Therapie in anderen Lebenszufriedenheitsfragebögen

Trompenaars et al. (2006) untersuchen den WHOQOL-100. Für ambulante Psychotherapiepatienten finden sie in allen Bereichen des WHOQOL-100 einen signifikant niedrigeren Wert als für die holländische Normalbevölkerung. Sie stellen fest, dass Studien, die den WHOQOL-100 verwenden, meist Patienten mit somatischen Erkrankungen untersuchen. Zwei Studien untersuchen psychische Störungen mit dem WHOQOL-100:

Angermeyer, Holzinger, Matschinger und Stengler-Wenzke (2002) untersuchen N=75 stationäre depressive Patienten. Sie finden eine signifikant geringere Lebenszufrie-

denheit der Depressiven im Vergleich zur Normalbevölkerung zum Prä-Zeitpunkt. Auch nach der Behandlung liegt die Lebenszufriedenheit noch unterhalb der Norm. Es sind keine Mittelwerte oder Standardabweichungen angegeben, sodass keine Effektstärken berechnet werden konnten.

Bonicatto, Dew, Zaratiegui, Lorenzo und Pecina (2001) untersuchen N=48 ambulante depressive Patienten und vergleichen die Werte im WHOQOL-100 mit denen von Gesunden (n=96) und Brustkrebspatienten in Remission (n=44). In allen Bereichen sowie im globalen Lebenszufriedenheitsscore liegen die Werte der Depressiven signifikant unter denen von Gesunden (d=1.88) und Krebskranken (d=1.88).

Hou, Yen, Huang, Wang und Yeh (2010) vergleichen N=57 Patienten mit einer Zwangsstörung mit N=106 Kontrollpersonen im WHOQOL-bref. In allen Bereichen außer im Bereich „Umwelt“ findet sich eine signifikant niedrigere Lebenszufriedenheit der Patienten mit einer Zwangsstörung. Für die globale Lebenszufriedenheit ergibt sich eine Effektstärke von d=0.73.

Crits-Christoph et al. (2008) vergleichen die Lebenszufriedenheit – gemessen mit dem QOLI – von Patienten mit den Diagnosen Depression (n=40), Borderline-Persönlichkeitsstörung (n=19), Panikstörung (n=26), Generalisierte Angststörung (n=39) und Adipositas (n=15). Sie geben keine Mittelwerte und Standardabweichungen für die Prä-Werte an, sodass sich keine Aussagen über Signifikanzen oder Effektstärken im Vergleich zur Norm treffen lassen. In einer Varianzanalyse zeigt sich allerdings ein signifikanter Unterschied in der Lebenszufriedenheit dieser fünf Störungsbilder untereinander. Die niedrigsten Werte weisen Patienten mit den Diagnosen Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung auf, die sich im paarweisen Vergleich nicht signifikant voneinander unterscheiden. Auch Patienten mit Adipositas und Panikstörung unterscheiden sich im paarweisen Vergleich nicht signifikant, liegen jedoch in ihren Prä-Werten über denen von Patienten mit Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Generalisierter Angststörung. Alle anderen paarweisen Vergleiche ergeben einen signifikanten Unterschied.

Rapaport, Clary, Fayyad und Endicott (2005) untersuchen die Lebenszufriedenheit von Patienten mit Depression und Angststörungen. Dabei verwenden sie eine Kurzform des Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q; Endicott, Nee, Harrison & Blumenthal, 1993), der in 14 Dimensionen auf einer 5-Punkte-Skala die Freude und Zufriedenheit der letzten Woche abfragt und daraus einen Mittelwert bildet. Von den Patienten mit chronischer oder doppelter Depression liegen 85%, von den Patienten mit einer einfachen Depression liegen 63% und von den Patienten mit einer PTSD 59% mit ihrem Lebenszufriedenheitswert zwei oder mehr Standardabweichungen unter der Norm. Bei der Panikstörung sind es 20%, bei der sozialen Phobie 21% und bei der Zwangsstörung 26% der Patienten.

Carrera et al. (2006) untersuchen die Lebensqualität mit dem SF-36 bei N=125 Patienten mit Panikstörung. Diese weisen in allen Bereichen signifikant niedrigere Werte als die N=125 Kontrollpersonen auf. Die Effektstärken reichen von $d=0.9$ („body pain“) bis $d=2.1$ („social functioning“). Moritz (2008) findet in seinem Review zur Lebensqualität bei Zwangsstörungen ebenfalls in allen Skalen des SF-36 signifikant niedrigere Werte im Vergleich zur Normalbevölkerung. Auch hier sind keine Mittelwerte und Standardabweichungen angegeben.

2.2.1.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass über alle psychischen Störungen hinweg *vor* Beginn der Psychotherapie die Lebenszufriedenheitswerte signifikant unter denen der Normalbevölkerung liegen. Dabei können keine genauen Angaben über die Größe dieses Unterschieds gemacht werden, weil sich die Werte zu sehr unterscheiden oder gar nicht berichtet werden. In der Literatur werden außerdem immer wieder andere Lebenszufriedenheitsinstrumente verwendet. Für die sehr umfassenden Instrumente FLZm und FLZ, die in der vorliegenden Dissertation Verwendung finden, sind keine Daten für Psychotherapiepatienten aus der Literatur zu entnehmen.

2.2.2 Effekte von Psychotherapie auf die Lebenszufriedenheit

2.2.2.1 Übersichtsarbeit von Crits-Christoph et al. (2008)

In ihrer Übersichtsarbeit finden Crits-Christoph et al. (2008) nur drei Studien in ihrer Literaturübersicht, die sich mit der Veränderung der Lebenszufriedenheit („positive quality of life“) *durch* Psychotherapie befassen:

Elkin, Ainbinder, Park und Yamaguchi (2006) untersuchen die Veränderung der Lebenszufriedenheit durch Psychotherapie bei $N=192$ depressiven Patienten. Dazu verwenden sie die „General Life Functioning Scale“ (GLF), die positive Aspekte der Lebensqualität erfasst, wie das allgemeine Wohlergehen oder das Gefühl, aufkommende Probleme bewältigen zu können. Sie berichten eine Prä-Post-Effektstärke der Lebenszufriedenheit von $d=1.64$ für Kognitive Psychotherapie und $d=1.66$ für Interpersonelle Psychotherapie. Außerdem finden sie eine Prä-Post-Effektstärke von $d=1.94$ für Imipramin und Arztkontakt sowie $d=1.18$ für Placebo und Arztkontakt. Es werden jedoch keine Angabe zu den Größen der Subgruppen gemacht. In der Gesamtstichprobe (über alle Therapieformen) wird eine Prä-Post-Effektstärke von $d=1.59$ ($N=192$) erreicht. Die Effektstärken erscheinen sehr hoch, was nach Meinung von Crits-Christoph et al. (2008) daran liegen könnte, dass die GLF sehr hoch mit dem Becks Depressionsinventar (BDI) korreliert ($r=-0.86$ zur Post-Messung).

Frisch et al. (2005) untersuchen College-Studenten, die in einer Beratungsstelle Psychotherapie erhielten. Sie finden für Lebenszufriedenheit, gemessen mit dem QOLI, eine Prä-Post-Effektstärke von 0.57 ($n=857$). Allerdings bleibt unklar, ob und ggf. welche psychischen Störungen vorlagen. Außerdem untersuchen sie Patienten mit Substanzmissbrauch (92% Alkohol). Zwei Drittel von ihnen werden ambulant und ein Drittel stationär behandelt, wobei die Form der Behandlung unklar bleibt. Es werden keine Effektstärken angegeben, aber aus den vorliegenden Mittelwerten und Standardabweichungen lässt sich eine Prä-Post-Effektstärke von $d=0.68$ ($n=90$) und für das 6-Monats-FU eine Effektstärke von $d=0.84$ ($n=48$) berechnen.

In ihrer o.g. Arbeit berichten Crits-Christoph et al. (2008) außerdem von fünf eigenen Studien, in denen sie am gleichen Institut und mit der gleichen Auswahl an Messin-

strumenten jeweils ein anderes Störungsbild untersuchen. Die Lebenszufriedenheit und ihre Veränderung im Verlauf der Psychotherapie erfassen sie jeweils mit dem QOLI. Die erste Studie untersucht die Therapeut-Patient-Beziehung und Einflüsse darauf abzielender Interventionen bei depressiven Patienten (n=40). In der zweiten Studie wird Schematherapie bei Borderline-Patienten (n=19) untersucht. In der dritten Studie werden Unterschiede zwischen Supportive-Expressive Therapy, Schematherapie und einer Wartelistengruppe bei Patienten mit Panikstörung (n=26) miteinander verglichen. Die vierte Studie vergleicht diese zwei Therapieformen bei Patienten mit Generalisierter Angststörung (n=39). Die fünfte Studie befasst sich mit Kognitiver Psychotherapie bei Adipositas (n=15). Insgesamt ergibt sich eine Prä-Post-Effektstärke von $d=0.61$ (n=132), sowie eine Prä-12-Monats-FU-Effektstärke von $d=0.41$ (n=75). Dabei weisen depressive Patienten ($d=0.93$; n=38) die größten Veränderungen auf. Die Effektstärken für Adipositas ($d=0.67$; n=15), Generalisierte Angststörung ($d=0.63$; n=38) und Borderline-Persönlichkeitsstörung ($d=0.48$; n=18) liegen im mittleren Bereich. Für die Panikstörung werden die geringsten Effekte erzielt ($d=0.28$; n=23). Patienten mit Adipositas und Panikstörung weichen trotz der geringen Veränderungen in der Lebenszufriedenheit (aufgrund der bereits hohen Prä-Werte) nach der Behandlung nicht mehr signifikant von den Normwerten ab. Bei Patienten mit Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Generalisierter Angststörung hingegen bleiben die Werte nach der Behandlung trotz signifikanter Verbesserung immer noch unterhalb der Werte der Normalbevölkerung der USA.

Mit einem Blick auf die verschiedenen Bereiche von Lebenszufriedenheit werden die größten Effekte in Bereichen erzielt, die eher in der Person liegen, also z.B. die Zufriedenheit mit dem eigenen Selbstbewusstsein, mit Liebe („Love“) oder mit den eigenen Zielen. Geringere Effekte wurden hingegen in Bereichen wie Nachbarschaft oder Umfeld erzielt.

Crits-Christoph et al. (2008) untersuchen darüber hinaus, welche Variablen mit einer Veränderung der Lebenszufriedenheit korrelieren. Einen positiven Zusammenhang finden sie zwischen der Anzahl der Therapiesitzungen und der Verbesserung in der Le-

benszufriedenheit. Einen weiteren positiven Zusammenhang finden sie zwischen der Verbesserung in der Lebenszufriedenheit und der Verbesserung in symptombezogenen Maßen. Die größten Korrelationen ergeben sich dabei mit den Depressionsmaßen BDI ($r=-0.52$) und HAM-D ($r=-0.48$).

Die Autoren beschäftigen sich außerdem mit der Fragestellung, ob die Verbesserung in der Lebenszufriedenheit zu einer Verbesserung in symptombezogenen Maßen, oder umgekehrt, eine Verbesserung in symptombezogenen Maßen zu einer Verbesserung in der Lebenszufriedenheit führt. Die einzige signifikante Korrelation ergibt sich zwischen der Veränderung der Lebenszufriedenheit von Prä zu Post und der Veränderung im BAI (Becks Anxiety Inventory) von Post zu FU ($r=-0.30$). Außerdem berechnen sie nach dem Vorbild von Elkin et al. (2006) Korrelationen zwischen dem Post-Wert der Lebenszufriedenheit und dem FU-Wert der symptombezogenen Maße. Hier ergibt sich nur für die HAM-D eine signifikante Korrelation ($r=-0.23$).

Eine Implikation für Psychotherapeuten könnte laut Autoren sein, sich in der Psychotherapie explizit auf die Verbesserung der Lebenszufriedenheit zu konzentrieren, wie es z.B. in Seligmans Positiver Psychotherapie propagiert wird. Als Einschränkungen ihrer Studie nennen Crits-Christoph et al. (2008) die geringe Stichprobengröße bei großer Verschiedenheit der Störungen und Therapieformen. Außerdem seien die verschiedenen Bereiche der Lebenszufriedenheit aufgrund des QOLI nur mit jeweils einem Item erfasst. Diese Einschränkungen werden durch die vorliegende Dissertation berücksichtigt und verbessert. Weitere Einschränkungen wie der große zeitliche Abstand und die geringe Anzahl der Messzeitpunkte können in der Dissertation nicht korrigiert werden. Auch eine Kontrollgruppe wird bei Crits-Christoph et al. (2008) nur in der dritten Studie bei Patienten mit Panikstörung erwähnt (Warteliste), sodass sie darauf nicht näher eingehen. Auch in der vorliegenden Dissertation gibt es keine Kontrollgruppe.

2.2.2.2 Weitere Studien zu Effekten von Psychotherapie auf die Lebenszufriedenheit

Vilhauer et al. (2012) untersuchen die Effekte der Future-Directed Therapy (FDT) auf die Lebenszufriedenheit *depressiver Patienten*. Im Q-LES-Q finden sie eine Prä-Post-

Effektstärke von $d=0.58$ ($n=16$), im Vergleich zur üblichen Behandlung (TAU: treatment as usual) eine Effektstärke von $d=0.54$ ($n=16$).

Arch et al. (2012) untersuchen die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) im Vergleich zur Acceptance and Commitment Therapy (ACT) bei *verschiedenen Angststörungen*. Als eine der Outcome-Variablen wird die Lebenszufriedenheit mit dem QOLI erhoben. Für die KVT ergibt sich eine mittlere Prä-Post-Effektstärke ($d=0.70$; $n=71$), die auch zum 1-Jahres-FU bestehen bleibt ($d=0.66$; $n=71$). Für die ACT ergibt sich ebenfalls eine mittlere Prä-Post-Effektstärke ($d=0.67$; $n=57$) und eine mittlere Prä-1-Jahres-FU-Effektstärke ($d=0.59$; $n=57$).

Willutzki, Teismann und Schulte (2011) untersuchen die Effekte von Psychotherapie auf die Lebenszufriedenheit bei Patienten mit *Sozialphobie*. Dabei vergleichen sie die klassische KVT mit einem kombiniert ressourcenorientierten therapeutischen Vorgehen. Zur Messung der Lebenszufriedenheit wird die „Münchener Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste“ (MLDL-Z; Heinisch, Ludwig & Bullinger, 1991) eingesetzt. Die Prä-Post-Effektstärken für die KVT ($n=23$) liegen in den Dimensionen Physis ($d=0.16$), Psyche ($d=0.78$), Sozial ($d=0.01$) und Alltag ($d=-0.22$) im leicht negativen bis mittleren positiven Bereich. Eine allgemeine Lebenszufriedenheit kann mit diesem Instrument nicht errechnet werden.

Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin und Harrington (1995) untersuchen den Einfluss von KVT auf die Lebenszufriedenheit bei Patienten mit *Panikstörung*. Die Lebenszufriedenheit wird mit der „Social Adjustment Scale“ (SAS; Weissman, Prusoff, Thompson, Harding, & Myers, 1978) sowie der „Sheehan Disability Scale“ (SDS; Ballenger et al., 1988) zu den drei Messzeitpunkten Prä ($n=126$), Post ($n=112$) und 6-Monats-FU ($n=91$) gemessen. Es werden keine Effektstärken angegeben, aber aus den vorliegenden Mittelwerten und Standardabweichungen lässt sich eine Prä-Post-Effektstärke von $d=1.00$ und eine Prä-FU-Effektstärke von $d=0.90$ für die SAS errechnen. In der SDS ergibt sich sowohl eine Prä-Post-Effektstärke als auch eine Prä-FU-Effektstärke von $d=1.41$. Zusätzlich untersuchen Telch et al. (1995) anhand einer schrittweisen multiplen Regression Variablen, die die Veränderungen der Lebenszufriedenheit vorhersagen können. Vorher-

sagende Variablen sind zum einen die Prä-Werte in der Lebenszufriedenheit, zum anderen die Veränderung in der Angstsymptomatik (gemessen mit dem SPRAS (Sheehan, 1983), einem 35-Item Fragebogen, der die Intensität von Angstsymptomen abfragt). Gleiches gilt für die Vorhersage der Prä-FU-Veränderung in der Lebenszufriedenheit.

Rufer et al. (2010) können für KVT-Gruppentherapien bei Patienten mit *Panikstörung* einen positiven Effekt auf die Lebensqualität im SF-36 feststellen. Prä-Post-Effektstärken für die n=43 Patienten reichen von $d=0.01$ für den Bereich „Vitality“ bis $d=0.31$ für den Bereich „Social functioning“. Ähnliche Effekte werden von Prä zum 6-Monats-FU erzielt ($d=0.22$ für „Vitality“ bis $d=0.60$ für „Role-emotional“). Wildes und Marcus (2011) zeigen in ihrer Einzelfallstudie Verbesserungen der Lebenszufriedenheit im „Eating Disorder Quality of Life Questionnaire“ (EDQOL; Engel et al., 2006) bei allen vier untersuchten anorektischen Patienten.

Jakobsen, Hansen, Storebo, Simonsen und Gluud (2011) finden für ihre systematische Literaturübersicht 4.536 Studien, in denen die Effekte von KVT bei der *Depressionsbehandlung* untersucht werden. Nach Anwendung ihrer Ausschlusskriterien können sie noch 339 Studien in ihre Auswertung einschließen, die den methodischen Standards entsprechen. Keine dieser Studien untersucht die Effekte von Psychotherapie auf die Lebenszufriedenheit.

2.2.2.3 *Effekte von Psychotherapie auf die Lebenszufriedenheit von Psychotherapieambulanzen des unith-Verbundes*

Um möglichst repräsentative Daten zu erhalten, wurden alle Psychotherapieambulanzen des unith-Verbundes („Verbund der universitären Ausbildungsgänge für Psychotherapie“) angeschrieben und Jahresberichte angefordert. Zusätzlich wurde nach systematischen Lebenszufriedenheitserhebungen gefragt. Von 23 angeschriebenen antworteten 18 Institutsambulanzen. Von diesen erstellen jedoch nur fünf Jahresberichte, die sie zur Verfügung stellen: Die Tätigkeitsberichte der Psychotherapeutischen Universitätsambulanz Landau, des Zentrums für Psychologische Psychotherapie der Universität Heidelberg sowie des Zentrums für Psychologische Psychotherapie der Universität Greifs-

wald enthalten keine Angaben zur Lebenszufriedenheit. Es gibt also neben der Psychotherapieambulanz Braunschweig nur zwei weitere Ambulanzen (Dresden und Göttingen), welche die Lebenszufriedenheit der Patienten systematisch erheben und in ihren Jahresberichten veröffentlichen. Hiller, Bleichhardt und Schindler (2009) entscheiden sich in ihrer Evaluation der Psychotherapieambulanz Mainz sogar explizit dagegen, Lebenszufriedenheit als Outcome-Variable zu berücksichtigen, da diese in vielen Therapiestudien mittel bis hoch mit den Symptommaßen korreliere.

Im Status Report 2010-2012 des Instituts für klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden wird für die Evaluation der Institutsambulanz die krankheitsbezogene Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit erhoben. Sowohl in der krankheitsbezogenen Lebensqualität, gemessen mit dem EQ-5D ($d=0.69$; $n=603$), als auch in der Lebenszufriedenheit, gemessen mit der SWLS ($d=0.48$; $n=603$), wurden mittlere Effekte erzielt. Auch im 2-Jahresbericht 2009/2010 des Therapie- und Beratungszentrums Göttingen wird der EQ-5D zur Erfassung der krankheitsbezogenen Lebensqualität eingesetzt. Zur Erfassung der Lebenszufriedenheit wird hier der FLZm verwendet. Im EQ-5D wurde eine niedrige Effektstärke ($d=0.26$; $n=233$), im FLZm eine mittlere Effektstärke ($d=0.61$; $n=466$) erreicht.

2.2.2.4 Zusammenfassung

Insgesamt fällt bei den zitierten Studien die Vielzahl an Instrumenten zur Erfassung der Lebenszufriedenheit auf, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt. Außerdem muss die methodische Qualität der Studien angezweifelt werden, was sich unter anderem an den häufig geringen Stichprobenumfängen zeigt. Es finden sich außerdem keine Studien zu Psychotherapiepatienten, in denen der FLZm (nur im Jahresbericht Göttingen) oder der FLZ verwendet wird, sodass direkte Vergleiche zwischen den referierten Ergebnissen und den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit nicht möglich sind. Zur leichteren Übersicht sind die zitierten Studien zur Veränderung von Lebenszufriedenheit durch Psychotherapie mit den jeweils ermittelten Effektstärken und Stichprobengrößen in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2

Übersicht der Studien zur Veränderung von Lebenszufriedenheit durch Psychotherapie

Studie	Störungsbilder	verwendetes Maß der Lebenszufriedenheit	Therapieverfahren	Prä-Post-Effektstärke (Cohens d)	Prä-FU-Effektstärke (Cohens d)
Crits-Christoph et al. (2008)	Depression	Quality of Life Inventory (QOLI)	Alliance-Enhancing Therapy	d=0.93; n=38	
	Adipositas	Quality of Life Inventory (QOLI)	Kognitive Therapie	d=0.67, n=15	
	generalisierte Angststörung	Quality of Life Inventory (QOLI)	Supportive-Expressive Therapy, Schematherapie	d=0.63, n=38	
	Borderline	Quality of Life Inventory (QOLI)	Schema-Therapie	d=0.48, n=18	
	Panikstörung	Quality of Life Inventory (QOLI)	Supportive-Expressive Therapy, Schematherapie	d=0.28, n=23	
	5 Störungsbilder insgesamt	Quality of Life Inventory (QOLI)		d=0.61; n=132	d=0.41; n=75 (12 Monate)
Frisch et al. (2005)	College Studenten (Diagnose unklar)	Quality of Life Inventory (QOLI)	unklar	d=0.57; n=857	
	Substanz-Missbrauch	Quality of Life Inventory (QOLI)	unklar	d=0.68; n=90	d=0.84; n=48 (6 Monate)
Seligman, Rashid und Parks (2006)	Depression	Satisfaction With Life Scale (SWLS)	Positive Psychotherapie	d=0.58; n=11	
Elkin, Ainbinder, Park und Yamaguchi (2006)	Depression	General Life Functioning Skala (GLF)	Kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonelle Therapie, Imipramin, Placebo	d=1.64; n=192	
Vilhauer et al. (2012)	Depression	Quality of Life, Enjoyment, and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Q-LES-Q)	Future-Directed Therapy	d=0.58; n=16	
Arch et al. (2012)	verschiedene Angststörungen	Quality of Life Inventory (QOLI)	Kognitive Verhaltenstherapie	d=0.70; n=71	d=0.66; n=71 (12 Monate)
			Acceptance and Commitment Therapy	d=0.67; n=57	d=0.59; n=57 (12 Monate)
Willutzki, Teismann und Schulte (2011)	Soziale Phobien	Münchener Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste (MLDL-Z)	Kognitive Verhaltenstherapie	d=-0.22 bis 0.78; n=23	
Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin und Harrington (1995)	Panikstörung	Social Adjustment Scale (SAS)	Kognitive Verhaltenstherapie	d=1.00; n=112	d=0.90; n=91
		Sheehan Disability Scale (SDS)	Kognitive Verhaltenstherapie	d=1.41; n=112	d=1.41; n=91
Rufer et al. (2010)	Panikstörung	Health Survey - Short Form (SF-36)	Kognitive Verhaltenstherapie Gruppe	d=0.01 bis 0.31; n=43	d=0.22 bis 0.60; n=43

3 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

3.1 Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Fragestellung: Da die vorliegende Arbeit Psychotherapieeffekte untersucht, soll zu allererst der Frage der Generalisierbarkeit der Ergebnisse nachgegangen werden. Untersucht werden soll, ob die symptombezogenen Maße vor Beginn der Therapie mit Patientennormstichproben und ob die Effektstärken durch Psychotherapie mit denen anderer Psychotherapieambulanzen des unith-Verbunds vergleichbar sind. Sollten diese Daten vergleichbar sein, ist eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse und damit die externe Validität gegeben.

Hypothesen: Bezogen auf die Lebenszufriedenheit lassen sich aus der Literatur folgende Hypothesen ableiten:

3.2 Lebenszufriedenheit vor Beginn der Therapie

Hypothese 1: *Über alle Patienten hinweg wird vor der Therapie (Prä) eine signifikant niedrigere Lebenszufriedenheit im Vergleich zur Normalbevölkerung erwartet.* Dies konnten Angermeyer et al. (2002) bezogen auf stationär behandelte depressive Patienten sowie Crits-Christoph et al. (2008) und Trompenaars et al. (2006) für andere Störungsbilder und ambulante Patienten bereits zeigen.

Hypothese 2: *Es wird erwartet, dass die Lebenszufriedenheit der Patienten vor der Therapie (Prä) nicht mit dem Alter und dem Geschlecht korreliert* (vgl. Fahrenberg et al., 2000; Frisch et al., 2005). Bei genauerer Betrachtung (vgl. Daig et al., 2009,2011) werden unsystematische Unterschiede je nach Altersgruppe und Geschlecht erwartet.

Hypothese 3: *Erwartet werden Unterschiede in der Lebenszufriedenheit der Patienten vor der Therapie (Prä) je nach Störungsbild. Die niedrigste Lebenszufriedenheit wird für das Störungsbild Depression erwartet* (vgl. Crits-Christoph et al., 2008).

Hypothese 4: *Darüber hinaus wird erwartet, dass die Lebenszufriedenheit vor der Therapie (Prä) größer ist bei Patienten, die mit einem Partner zusammen leben* (vgl. Fahrenberg et al., 2000).

3.3 Veränderungen der Lebenszufriedenheit während des Therapieverlaufs

Hypothese 5: *Es wird eine signifikante Verbesserung der allgemeinen Lebenszufriedenheit von Prä zu Post mit einer mittleren Effektstärke erwartet. Dieser Effekt liegt in Übereinstimmung mit den ermittelten Effektstärken der oben beschriebenen Studien (vgl. Arch et al., 2012; Crits-Christoph et al., 2008; Elkin et al., 2006; Frisch et al., 2005; Rufer et al., 2010; Seligman et al., 2006; Telch et al., 1995; Vilhauer et al., 2012; Willutzki et al., 2011).*

Hypothese 6: *Es wird erwartet, dass auch ein Jahr nach Abschluss der Psychotherapie (FU) eine signifikante Verbesserung (im Vergleich zu Prä) erhalten bleibt und eine abgeschwächte, jedoch ebenfalls mittlere Prä-FU-Effektstärke gefunden wird (vgl. Arch et al., 2012; Crits-Christoph et al., 2008; Frisch et al., 2005; Rufer et al., 2010; Telch et al., 1995).*

Hypothese 7: Diese Hypothese bezieht sich auf die klinische Signifikanz. *Es wird erwartet, dass – trotz signifikanter Verbesserung bei der Post- und FU-Messung – die Werte behandelter Patienten immer noch signifikant unter den Werten der Normalbevölkerung liegen (vgl. Angermeyer et al., 2002; Crits-Christoph et al., 2008).*

Hypothese 8: *Je nach Störungsbild sind im Verlauf der Therapie Unterschiede in der Veränderung der Lebenszufriedenheit zu erwarten. Für die Lebenszufriedenheit von depressiven Patienten wird eine Prä-Post-Effektstärke im hohen Bereich erwartet. Von allen Störungsbildern sollten bei der Psychotherapie Depressiver die höchsten Effekte erzielt werden (vgl. Crits-Christoph et al., 2008).*

3.4 Weitere Zusammenhänge

Hypothese 9: *Es wird ein positiver Zusammenhang zwischen der Verbesserung der Lebenszufriedenheit und der Anzahl an Therapiesitzungen erwartet (vgl. Crits-Christoph et al., 2008).*

Hypothese 10: *Es wird ein positiver Zusammenhang zwischen der Verbesserung der Lebenszufriedenheit und der Verbesserung in den symptombezogenen Maßen (SCL-90, BDI, PFB, AKV) erwartet (vgl. Hiller et al., 2009).*

Hypothese 11 Was kommt zuerst: Verbesserung der Lebenszufriedenheit oder Verbesserung der symptombezogenen Maße? Bei dieser Hypothese soll getestet werden, ob die Verbesserung der Lebenszufriedenheit zu einer Verbesserung der symptombezogenen Maße – oder umgekehrt – ob die Verbesserung der symptombezogenen Maße zu einer Verbesserung der Lebenszufriedenheit führt. Legt man die Ergebnisse von Crits-Christoph et al. (2008) zugrunde, *so ist zu erwarten, dass aufgrund der geringen Anzahl an Messzeitpunkten keine signifikante Vorhersage hinsichtlich Ursache und Wirkung getroffen werden kann.*

Hypothese 12: *Angenommen wird, dass die Veränderung der Lebenszufriedenheit von Prä zu Post vorhergesagt werden kann. Prädiktoren sind sowohl die Lebenszufriedenheit zu Prä als auch die Veränderung in den symptombezogenen Maßen von Prä zu Post. Es wird erwartet, dass die symptombezogenen Maße zu Prä nicht signifikant zur Aufklärung der Varianz beitragen können.* Telch et al. (1995) zeigten dies bereits anhand einer schrittweisen multiplen Regression für Patienten mit einer Panikstörung.

3.5 Bereiche der Lebenszufriedenheit

Hypothese 13: *Bezogen auf die einzelnen Bereiche der Lebenszufriedenheit werden die größten Veränderungen in den Bereichen, die in der Person liegen, erwartet.* Crits-Christoph et al. (2008) zeigen dies bereits für den QOLI. Ähnliche Ergebnisse werden auch für den FLZ und FLZm erwartet.

4 METHODE

4.1 Versuchsplan

Die vorliegende Dissertation ist als Archiv-Arbeit und Feldstudie konzipiert und greift auf bereits erhobene Daten zurück. Alle verwendeten Daten beziehen sich auf Patienten, die ambulant in Braunschweiger Psychotherapieambulanzen behandelt wurden. Soziodemographische Variablen der Patienten wurden vor Therapiebeginn erhoben. Im Rahmen der probatorischen Sitzungen (Prä), nach Therapieabschluss (Post) sowie 1 Jahr nach der Therapie (Follow-Up) wurden psychometrische Fragebögen durchgeführt. Alle Patienten erhielten zwischen der Prä- und Postmessung eine kognitive Verhaltenstherapie.

4.2 Stichprobe

Um die bereits gesammelten Daten zu einer großen Gesamtstichprobe zusammenzuführen, wird auf drei Datensätze zurückgegriffen. Diese werden nach den dafür verantwortlichen Personen benannt.

1. Der Hermann-Datensatz umfasst N=760 Patienten aus dem Zeitraum 1999 bis 2005. Hierin sind sowohl Daten aus der Christoph-Dornier-Stiftung (CDS) als auch Daten aus der Psychotherapieambulanz (PTA) enthalten. Da zu dieser Zeit das Hogrefe-Test-System (HTS) noch nicht eingeführt worden war, wurde die Lebenszufriedenheit mit dem FLZm (Henrich & Herrschbach, 2000a) erfasst.
2. Der Röbig-Datensatz entstand bei einer Dissertation zum Thema „Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie“ (Röbig, 2009). Erfasst sind N=519 Patienten aus den Jahren 2000 bis 2009, die in der PTA behandelt wurden. Die Datenquellen sind hier sowohl alte Datensätze früherer Diplomarbeiten als auch die elektronischen Systeme Psychoplan und HTS der Ambulanz. Darüber hinaus wurden fehlende Werte durch Ergänzungen aus den entsprechenden Patientenakten nachträglich vervollständigt. Die Lebenszufriedenheit in diesem Datensatz wurde ausschließlich mit dem FLZ (Fahrenberg et al., 2000) gemessen.

3. Der Hartung-Datensatz wurde von einer IT-Firma anhand aller elektronisch erfassten Daten der PTA erstellt. Er greift zurück auf die Datenbanken von Psychoplan und HTS. Durch die enge Zusammenarbeit mit der IT-Firma konnten einige Verbesserungen beim Auslesen der Daten verwirklicht werden. Dadurch konnten N=3.761 Patienten aus dem Zeitraum Februar 2002 bis August 2013 ausgelesen werden. Auch hier sind nur Daten aus der PTA erfasst. Die Lebenszufriedenheit wurde mit dem FLZ (Fahrenberg et al., 2000) gemessen.

Der Gesamt-Datensatz für die vorliegende Arbeit wurde aus diesen drei Datensätzen erstellt. Wie Abbildung 2 zeigt, wurden dabei zunächst der Hermann- und der Röbiger-Datensatz zusammengefügt und bereinigt. Diese Daten wurden in einem zweiten Schritt in den Hartung-Datensatz integriert, nachdem dieser zuvor ebenfalls bereinigt worden war. Mehrfach vorliegende Patientendaten wurden ineinander integriert, um so die Vollständigkeit der Daten zu erhöhen. Der Gesamt-Datensatz wurde wiederum bereinigt.

Insgesamt steht so ein Datensatz mit N=1.998 Patientendaten zur Verfügung. Jeder dieser Patienten weist eine Lebenszufriedenheitsmessung zu Prä auf. Nach der Therapie (Post) sind noch N=797 Daten vorhanden (60,1% Dropout), zum Follow-Up (FU) N=252 (68,4% Dropout zu Post; 87,3% zu Prä).

Die hohen Dropout-Raten können verschiedene Ursachen haben, die nicht aus dem Datensatz rekonstruierbar sind. Besonders bei Patienten aus dem Hermann-Datensatz sind Gründe für Dropouts nicht herauszufinden, da entsprechende Variablen wie Therapiebeginn/-ende oder Therapiestatus in den Daten nicht aufgeführt sind (Dropouts Prä-Post Hermann n=315; Post-FU Hermann weitere n=221). Eine mögliche Begründung für fehlende Post-Werte ist, dass im Rahmen von Forschungsstudien einige Patienten gescreent worden sind und daher eine Prä-Messung aufweisen, dann aber nicht für die Studie in Betracht gekommen sind bzw. noch auf der Warteliste stehen. Eine andere Überlegung ist, dass einige Therapien keinen klaren Therapieabschluss hatten und daher ein Abschlussgespräch nicht stattgefunden hat. Allerdings liegt selbst bei n=144 Fällen mit regulärem Therapieabschluss keine Postmessung vor. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass z.B. Zwischenmessungen durchgeführt worden sind, die

Therapie dann jedoch schneller als gedacht beendet wurde. Der entsprechende Therapeut nutzte die Ergebnisse der Zwischenmessung als Postmessung, markierte dies aber nicht im System.

Die fehlenden FU-Werte können recht gut erklärt werden. Erst 2009 wurde die *FU-Erhebung* zentral organisiert und an die Qualitätsmanagement-Beauftragte übergeben (zuvor waren aus finanziellen Gründen die Therapeuten dafür zuständig). Während 2007 und 2008 die Rücklaufquoten bei 25-30% lagen, konnte 2009 und 2010 eine Quote von etwa 60% erzielt werden. Hier zeigt sich, dass die mangelnde Motivation der Therapeuten, die Daten vollständig zu erheben, vermutlich den größten Effekt für die fehlenden Werte ausmacht.

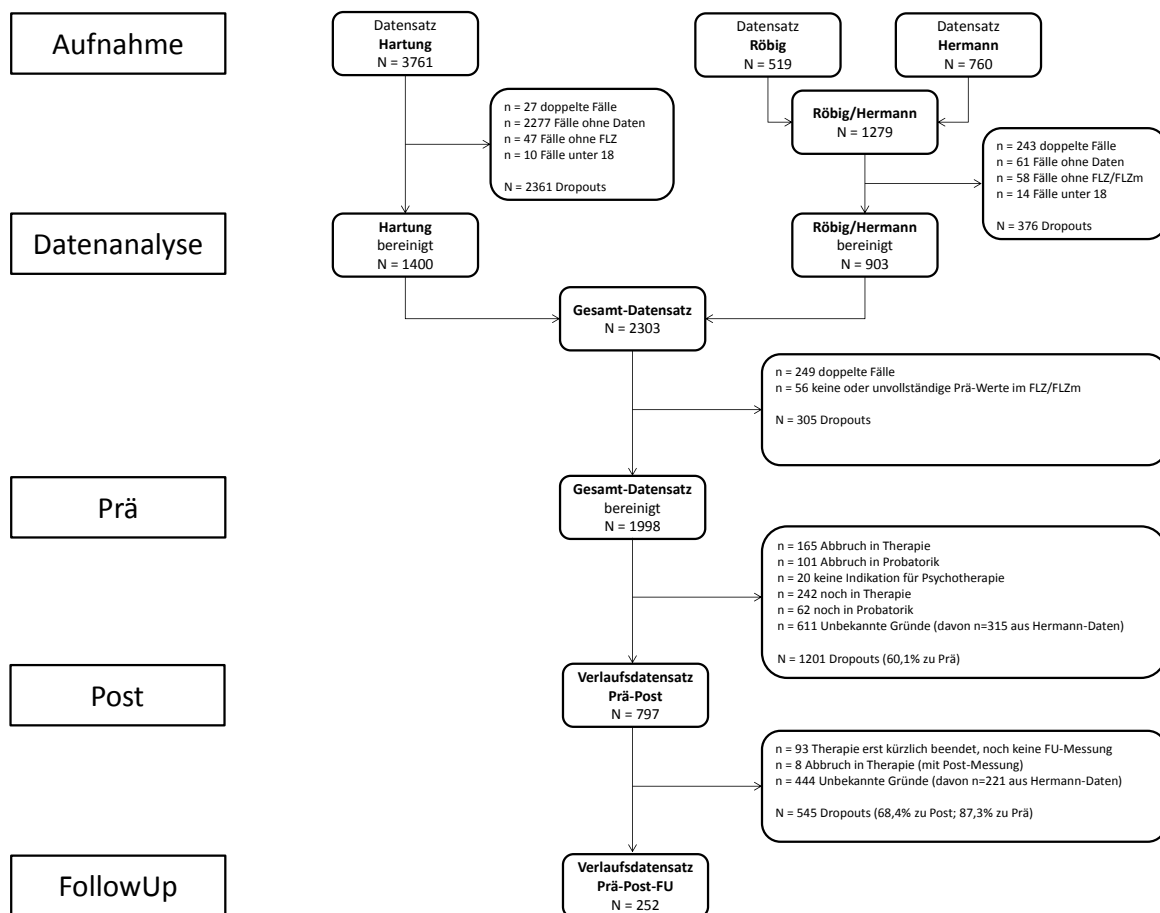


Abbildung 2: Flussdiagramm zur Gewinnung des Datensatzes

4.2.1 Patienten

Die Patientenstichprobe stellt eine übliche Population ambulanter Psychotherapiepatienten dar, die für diese Arbeit nicht explizit rekrutiert worden sind. Im Folgenden wird der Datensatz mehrfach beschrieben. Zunächst wird auf die Gesamtstichprobe eingegangen. Da viele Patientendaten nur Prä-Werte aufweisen und demnach nicht in Verlaufsberechnungen eingehen können, werden die Stichproben für die Verlaufsberechnungen (Verlaufsdatsatz Prä-Post und Verlaufsdatsatz Prä-Post-FU) danach einzeln vorgestellt.

4.2.1.1 Gesamtstichprobe

4.2.1.1.1 Soziodemographische Variablen

Die soziodemographischen Variablen der Gesamtstichprobe sind in Tabelle 3 dargestellt. Von den N=1.998 Patienten waren n=1.180 (59,1%) weiblich und n=818 (40,9%) männlich. Zum Zeitpunkt der Prä-Messung waren die Patienten im Mittel M=38.4 Jahre alt (SD=11.9; Min=18; Max=89). Etwa die Hälfte der Patienten lebte mit ihrem Partner zusammen und war zu Therapiebeginn entweder verheiratet (39,5%) oder in einer Partnerschaft zusammen lebend (12,1%). Die andere Hälfte war ledig (30,2%), in einer Partnerschaft getrennt lebend (9,9%) oder geschieden/verwitwet (8,3%). Etwa die Hälfte der Patienten hatte keine Kinder (52,9%), die übrigen hatten ein Kind (19,3%), zwei Kinder (18,9%) und drei oder mehr Kinder (9,0%). Die Schulabschlüsse verteilen sich weitestgehend gleichmäßig (21,8% Hauptschulabschluss, 35,2% Realschulabschluss, 23,8% Abitur/Fachabitur und 19,2% Hochschul-/Fachhochschul-Abschluss). Die Patienten waren berufstätig als Angestellte/Beamte (43,1%), Arbeiter/Facharbeiter (14,7%), arbeitslos (14,5%), in Ausbildung/Umschulung (11,8%), Hausfrau/Hausmann (4,2%), erwerbsunfähig (4,1%), Rentner (3,9%), Selbständige/Freiberufler (3,7%).

Tabelle 3

Soziodemographische Variablen: Gesamtdatensatz (N=1.998)

Variable	Untergruppe	Anzahl (n)	Anteil zum Gesamt- datensatz (%)	Anteil zu vorhandenen Daten (%)
Geschlecht	Weiblich	1180	59,1	59,1
	Männlich	818	40,9	40,9
	Fehlende Werte	0	0,0	
Alter	18-29	536	26,8	27,0
	30-39	567	28,4	28,6
	40-49	506	25,3	25,5
	50-59	294	14,7	14,8
	60 und älter	82	4,1	4,1
	Fehlende Werte	13	0,7	
Familienstand	Verheiratet	663	33,2	39,5
	In Partnerschaft (zusammen le- bend)	203	10,2	12,1
	Ledig (ohne Partnerschaft)	508	25,4	30,2
	In Partnerschaft (getrennt lebend)	167	8,4	9,9
	Geschieden/verwitwet	139	7,0	8,3
	Fehlende Werte	288	14,4	
Anzahl der Kinder	Keine Kinder	827	41,4	52,9
	Eins	302	15,1	19,3
	Zwei	295	14,8	18,9
	Drei und mehr	140	7,0	9,0
	Fehlende Werte	434	21,7	
Schulabschluss	Hauptschulabschluss	336	16,8	21,8
	Realschulabschluss	542	27,1	35,2
	Abitur/Fachabitur	366	18,3	23,8
	Hochschul-/FH-Abschluss	296	14,8	19,2
	Fehlende Werte	458	22,9	
Berufstätigkeit	Angestellter/Beamter	635	31,8	43,1
	Arbeiter/Facharbeiter	217	10,9	14,7
	Arbeitslos	214	10,7	14,5
	In Ausbildung/Umschulung	174	8,7	11,8
	Hausfrau/Hausmann	62	3,1	4,2
	Erwerbsunfähig	61	3,1	4,1
	Rentner	57	2,9	3,9
	Selbstständig/Freiberuflich	54	2,7	3,7
	Fehlende Werte	524	26,2	

4.2.1.1.2 Diagnosen

Die Diagnosen der Patienten sind in Tabelle 4 dargestellt. Zu beachten ist, dass Komorbiditäten möglich sind. Aufgrund der Dokumentationsstruktur der PTA wurden Primär- und Sekundär Diagnosen kaum unterschieden, sodass auf eine entsprechende Differenzierung verzichtet wurde. Komorbide Patienten können also bei den störungsspezifischen Berechnungen in mehrere Diagnosegruppen eingehen. In der Tabelle sind alle Diagnosen aller Patienten erfasst. Da Komorbiditäten von Affektiven Störungen (F3) und Angststörungen (F4) besonders häufig vertreten sind, wird hier eine differenziertere Darstellung gewählt. Affektive Störungen (F3) und Angststörungen (F4) treten zu 30,7% komorbid auf (F3 und F4). Ein Teil der Patienten weist jedoch auch eine Angststörung ohne komorbide affektive Störung (F4 ohne F3: 36,2%) oder eine affektive Störung ohne Angststörung (F3 ohne F4: 26,2%) auf. Die Diagnosegruppen F1 (6,3%), F5 (11,4%) und F6 (14,8%) sind ebenfalls vertreten.

Kaum vergeben wurden Diagnosen aus den Bereichen F0 (0,2%), F2 (2,8%), F7 (0,6%), F8 (0,4%) und F9 (1,9%). Einzelne Diagnosen bzw. Diagnosegruppen wurden genauer erfasst: Insgesamt lag bei 55,1% der Patienten eine depressive Störung vor (also alle F32 und F33 Diagnosen sowie die Dysthymie). Aus der Gruppe der F4-Störungen wurde die Agoraphobie/Panikstörung bei 21,9%, die Generalisierte Angststörung bei 4,8% und die Zwangsstörung bei 8,3% der Patienten vergeben. Von den N=1.867 Patienten (bei n=131 (6,6%) Patienten lagen fehlende Werte vor) wiesen 4,1% eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven bzw. Borderline-Typus auf.

Tabelle 4

Verteilung der Diagnosen: Gesamtdatensatz (N=1.998)

Diagnose- gruppe	Störungsbild	Anzahl (n)	Anteil zum Gesamt- datensatz (%)	Anteil zu vorhandenen Daten (%)
F0		3	0,2	0,2
F1		118	5,9	6,3
F2		52	2,6	2,8
F3 ohne F4		489	24,5	26,2
	Depression/Dysthymie	1029	51,5	55,1
F3 und F4		573	28,7	30,7
F4 ohne F3		676	33,8	36,2
	Agoraphobie/Panik	409	20,5	21,9
	Generalisierte Angst	90	4,5	4,8
	Zwangsstörung	155	7,8	8,3
F5		213	10,7	11,4
F6		276	13,8	14,8
	Borderline/Impulsiv	76	3,8	4,1
F7		11	0,6	0,6
F8		7	0,4	0,4
F9		35	1,8	1,9
Diagnose fehlt		131	6,6	

Anmerkungen. F0=Alle Diagnosen der ICD-10, die mit F0 beginnen (F1-F9 entsprechend); F3 ohne F4=Alle Diagnosen, die mit F3 beginnen, ohne dass dabei eine komorbide Diagnose, die mit F4 beginnt, vorliegt (F4 ohne F3 entsprechend); F3 und F4=Es liegt sowohl eine Diagnose, die mit F3 beginnt, als auch eine Diagnose, die mit F4 beginnt, vor. Mehrfachnennungen bei komorbiden Störungen sind möglich.

4.2.1.2 Verlaufsdatensatz Prä-Post

Zur besseren Übersicht ist im Folgenden die Stichprobenbeschreibung für den Verlaufsdatensatz aufgeführt. Da sich viele der Berechnungen nur auf diese Daten beziehen, werden diese getrennt dargestellt. Die entsprechenden Tabellen A.1 und A.2 sind im Anhang zu finden.

4.2.1.2.1 Soziodemographische Variablen

Es liegen N=797 Post-Werte für Lebenszufriedenheit vor (davon n=500 aus dem FLZ und n=297 aus dem FLZm). Von diesen N=797 Patienten waren n=499 (62,6%) weiblich und n=298 (37,4%) männlich. Im Durchschnitt waren die Patienten M=38.1 Jahre alt (SD=12.0; min=18; max=84). Zu Therapiebeginn waren diese zu 37,4% verheiratet, zu 12,1% in einer Partnerschaft zusammen lebend, zu 13,9% in einer Partnerschaft getrennt lebend, zu 28,5% ledig und zu 8,1% geschieden/verwitwet. Etwa die Hälfte der Patienten hatte keine Kinder (54,9%). Die Schulabschlüsse verteilen sich weitestgehend gleichmäßig (20,9% Hauptschulabschluss; 34,0% Realschulabschluss; 25,4% Abitur/Fachabitur und 19,7% Hochschul-/Fachhochschul-Abschluss). Fast die Hälfte der Patienten waren Angestellte/Beamte (49,7%). Diese Daten weichen kaum von denen der Gesamtstichprobe ab.

4.2.1.2.2 Diagnosen

Ein Großteil der Patienten weist eine Angststörung ohne komorbide affektive Störung (F4 ohne F3: 37,3%) oder eine affektive Störung ohne komorbide Angststörung (F3 ohne F4: 22,2%) auf. Gut ein Drittel der Patienten haben sowohl eine affektive als auch eine Angststörung (F3 und F4: 31,2%). Die Diagnosegruppen F1 (5,0%), F5 (9,4%) und F6 (13,6%) sind ebenfalls vertreten. Kaum oder gar nicht vergeben wurden Diagnosen aus den Bereichen F0 (0,0%), F2 (2,4%), F7 (0,5%), F8 (0,3%) und F9 (0,8%). Bei genauerer Betrachtung der Diagnosegruppen kommen depressive Störungen (also alle F32 und F33 Diagnosen sowie die Dysthymie) zu 52,1% vor. Es weisen 24,5% eine Agoraphobie/Panikstörung, 4,5% eine Generalisierte Angststörung, 7,9% eine Zwangsstörung und 2,8% eine Borderline- bzw. impulsive Persönlichkeitsstörung auf.

4.2.1.3 Verlaufsdatensatz Prä-Post-FU

Im Folgenden wird die Stichprobe des Verlaufsdatensatzes Prä-Post-FU beschrieben. Berechnungen, die sich auf die FU-Daten beziehen, schließen daher nur diesen ausgewählten Datensatz ein. Die deskriptiven Daten sind im Folgenden dargestellt. Die Tabellen für diese Daten (A.3 und A.4) befinden sich im Anhang.

4.2.1.3.1 Soziodemographische Variablen

Es liegen N=252 Prä-, Post-, und FU-Werte für die Messung der Lebenszufriedenheit vor (davon n=178 aus dem FLZ und n=74 aus dem FLZm). Von den N=252 Patienten waren n=165 (65,5%) weiblich und n=87 (34,5%) männlich. Zum Zeitpunkt der Prä-Messung waren die Patienten im Mittel M=38.6 Jahre alt (SD=12.0; min=18; max=77). Auch hier ist gut die Hälfte der Patienten verheiratet (39,5%) oder lebt mit ihrem Partner zusammen (15,5%). Die übrigen Patienten sind ledig (23,1%), leben in einer Partnerschaft getrennt (12,6%) oder sind geschieden/verwitwet (9,2%). Etwa die Hälfte der Patienten hat keine Kinder (56,4%), die übrigen haben ein Kind (19,2%), zwei Kinder (16,7%) und drei oder mehr Kinder (7,7%). Die Schulabschlüsse verteilen sich weitgehend gleichmäßig (20,9% Hauptschulabschluss; 34,2% Realschulabschluss; 24,9% Abitur/Fachabitur und 20,0% Hochschul-/Fachhochschul-Abschluss). Die Patienten sind berufstätig als Angestellte/Beamte (50,2%), Arbeiter/Facharbeiter (15,5%), arbeitslos (10,3%), in Ausbildung/Umschulung (9,4%), Rentner (4,7%), erwerbsunfähig (3,8%), Selbstständige/Freiberufler (3,3%) oder Hausfrau/Hausmann (2,8%).

4.2.1.3.2 Diagnosen

Auch in diesem Datensatz haben die meisten Patienten eine Angststörung oder eine affektive Störung (F4 ohne F3: 40,1%; F3 ohne F4: 21,8%; F3 und F4: 32,1%). Die Diagnosegruppen F1 (4,0%), F5 (10,7%) und F6 (14,7%) sind ebenfalls vertreten. Kaum oder gar nicht vergeben sind Diagnosen aus den Bereichen F0 (0,0%), F2 (2,8%), F7 (0,8%), F8 (0,0%) und F9 (0,4%). Bei den genauer erfassten einzelnen Diagnosen kommen depressive Störungen (also alle F32 und F33 Diagnosen sowie die Dysthymie) zu 52,4% vor. Die Agoraphobie/Panikstörung ist bei 28,9%, die Generalisierte Angststörung bei 3,6%, die Zwangsstörung bei 9,9% und eine Borderline- bzw. impulsive Persönlichkeitsstörung bei 2,8% der Patienten vergeben.

4.2.1.4 Dropouts

In Tabelle 5 sind einige soziodemographische Werte und Fragebogenergebnisse der Patienten, die nur eine Prä-Messung aufweisen (Dropouts), im Vergleich zu den Patienten mit Post- und ggf. FU-Messung (Completer) dargestellt. Im GSI, BDI und FLZ unterscheiden sich diese beiden Gruppen im T-Test für unabhängige Stichproben signifikant (jeweils $p=0.00$), die Effekte sind jedoch sehr gering ($d=0.14$ bis $d=0.15$). In der Gruppe der Dropouts gibt es außerdem 43,3% Männer, während es in der Completer Gruppe nur 37,4% Männer gibt ($p=0.01$, $d=0.12$). Keine signifikanten Unterschiede zwischen Completern und Dropouts gibt es z.B. in den Variablen Alter, Schulabschluss, Dauer der Partnerschaft sowie in den Werten des PFB, ACQ und MI.

Entsprechend zu Tabelle 5 befindet sich im Anhang die Tabelle A.5 mit den soziodemographischen Werten und Fragebogenergebnissen der Patienten, die nur eine Prä- und Post-Messung aufweisen (Dropout), verglichen mit denjenigen, die darüber hinaus auch die FU-Messung abgeschlossen haben (Completer). Der einzige signifikante Unterschied ergibt sich dabei für den ACQ-Wert zu Prä ($p=0.01$, $d=-0.28$).

Tabelle 5

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), statistische Kennwerte und Effektstärken (Cohens d) ausgewählter soziodemographischer Variablen und Fragebögen zu Prä: Vergleich Dropouts (nur Prä-Messung vorhanden, N=1.201) und Completer (Prä- und Post-Messung vorhanden, N=797)

		N	M	SD	T	df	X ²	p	d
Geschlecht	Dropouts	1201	0,57	0,50			6,91	0,01	0,12
	Completer	797	0,63	0,48					
Alter	Dropouts	1192	38,6	11,8	0,75	1983		0,45	-0,03
	Completer	793	38,1	12,0					
Schulabschluss	Dropouts	858	2,36	1,05			3,94	0,41	0,05
	Completer	699	2,40	1,06					
Dauer Partnerschaft	Dropouts	174	11,8	11,4	-0,65	335		0,52	0,07
	Completer	163	12,6	11,6					
Anzahl der Kinder	Dropouts	872	0,93	1,20	1,72	1562		0,09	-0,09
	Completer	692	0,82	1,14					
GSI	Dropouts	1054	1,15	0,70	2,92	1801		0,00	-0,14
	Completer	795	1,06	0,62					
BDI	Dropouts	1191	19,1	10,5	3,35	1787		0,00	-0,15
	Completer	792	17,5	9,6					
FLZ	Dropouts	1201	-1,44	1,24	-3,04	1799		0,00	0,14
	Completer	797	-1,27	1,14					
PFB	Dropouts	282	55,9	14,9	0,77	446		0,44	-0,07
	Completer	166	54,7	16,5					
ACQ	Dropouts	251	1,98	0,78	0,27	443		0,78	-0,03
	Completer	194	1,96	0,75					
BSQ	Dropouts	378	2,43	0,77	-2,79	714		0,01	0,21
	Completer	338	2,59	0,79					
MI begleitet	Dropouts	380	1,80	0,77	0,02	714		0,98	0,00
	Completer	336	1,79	0,79					
MI allein	Dropouts	382	2,33	0,98	-0,32	716		0,75	0,02
	Completer	336	2,36	0,99					

Anmerkungen. GSI=Global Severity Index; BDI=Gesamtwert im Beck-Depressions-Inventar; FLZ=Lebenszufriedenheit; PFB=Gesamtwert im Partnerschaftsfragebogen; ACQ=Gesamtwert im Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen; BSQ=Gesamtwert im Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen; MI begleitet=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar in Begleitung; MI allein=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar allein.

4.2.2 Therapeuten

Die Therapeuten waren überwiegend Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung (PPiA), einige Therapeuten waren bereits approbierte Psychologische Psychotherapeuten (PP), die nach ihrer Ausbildung weiter in der Psychotherapieambulanz (PTA) arbeiteten. Alle Therapeuten wurden im Weiterbildenden Studiengang Psychologische Psychotherapie (WSPP) der Technischen Universität (TU) Braunschweig in kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) ausgebildet und von erfahrenen Psychotherapeuten supervidiert. In 62,1% (n=692) der Fälle waren die Therapeuten zu Therapiebeginn noch neu in der Ambulanz (und hatten bis dahin zwischen 0 und 200 Therapiestunden in der PTA geleistet). Weitere 22,4% (n=250) hatten 200-400 Therapiestunden und 15,4% (n=172) hatten 400-600 Therapiestunden bei Therapiebeginn absolviert (n=884 fehlende Angaben (44,2%), dies wurde erst ab 2005 erfasst). Im Mittel waren zum Ende der Therapie (inklusive Abbrüche) $M=33.9$ (Min=1, Max=140, SD=21.1) Therapiesitzungen abgeleistet worden.

4.3 Verfahren

Wie oben beschrieben wurden von allen Patienten vor Therapiebeginn soziodemographische Daten erhoben. Außerdem füllten alle Patienten die Symptomcheckliste (SCL-90R) und das Beck-Depressions-Inventar (BDI) aus. Bei Patienten mit einer Angststörung kamen außerdem Fragebögen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV) zum Einsatz – bestehend aus dem Anxiety Cognition Questionnaire (ACQ), dem Body Sensation Questionnaire (BSQ) und dem Mobilitäts-Inventar (MI). Falls eine Partnerschaft bestand, wurde die Partnerschaftsqualität mit dem Partnerschaftsfragebogen (PFB) erhoben. Zusätzlich wurden alle Patienten zur Lebenszufriedenheit befragt. Dies geschah im Hermann-Datensatz mit dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – Module (FLZm). Im Röbig-Datensatz sowie im Hartung-Datensatz wurde der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) eingesetzt. Im Anhang finden sich die Korrelationen zwischen der Lebenszufriedenheit und den übrigen Fragebögen zu Prä (Tabelle A.6).

4.3.1 Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die „Symptom-Checkliste“ (SCL-90-R; deutsche Version von Franke, 2002) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen und erfasst mit Hilfe von 90 Items die symptomatische Belastung von Patienten in den letzten sieben Tagen. Der Test ist ab 12 Jahren einsetzbar, die Bearbeitungszeit wird mit 10 bis 15 Minuten angegeben. Der Fragebogen ist ausdrücklich als geeignet für Verlaufsdiagnostik und Therapieevaluation empfohlen. Die Items lassen sich neun Skalen zuteilen: Somatisierung (12 Items), Zwanghaftigkeit (10 Items), Unsicherheit im Sozialkontakt (9 Items), Depressivität (13 Items), Ängstlichkeit (10 Items), Aggressivität/Feindseligkeit (6 Items), Phobische Angst (7 Items), Paranoides Denken (6 Items) und Psychotizismus (10 Items). Die Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0=„überhaupt nicht“ bis 4=„sehr stark“ beurteilt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, drei globale Kennwerte zu berechnen. Der GSI (Global Severity Index) misst die durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf alle Items, der PSDI (Positive Symptom Distress Index) misst die durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf die Items, bei denen eine Belastung angegeben wurde und der PST (Positive Symptom Total) misst die Anzahl der Items, bei denen eine Belastung angegeben wurde. Es liegen drei repräsentative Eichstichproben sowie spezifische Vergleichsgruppen (z.B. HIV-Patienten) vor. Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen liegt bei der größten repräsentativen Eichstichprobe ($n=2.141$) zwischen $\alpha=0.75$ (Unterskala Phobische Angst) und $\alpha=0.97$ (GSI). Die Retest-Reliabilität (1 Woche) wurde lediglich anhand einer kleinen Studentenstichprobe ($n=80$) untersucht. Sie lag im mittleren ($r=0.69$ Unterskala Phobische Angst) bis hohen ($r=0.92$ Unterskala Depression) Bereich. Franke (2002) berichtet hohe Interkorrelation der Skalen und erklärt dies durch das Konzept der Symptombelastung, wonach einige Symptombereiche oftmals gemeinsam auftreten. Darüber hinaus wurde durch Franke (2002) die faktorielle, konvergente und diskriminante Validität der SCL-90-R untersucht.

4.3.2 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das „Beck-Depressions-Inventar“ (BDI; Hautzinger et al., 1995) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung schwerer depressiver Symptomatik. Die 21 Items der Langform befassen sich inhaltlich mit typischen Symptombereichen Depressiver wie (A) traurige Stimmung, (B) Pessimismus, (C) Versagen, (D) Unzufriedenheit, (E) Schuldgefühle, (F) Strafbedürfnis, (G) Selbsthass, (H) Selbstanklagen, (I) Selbstmordimpulse, (J) Weinen, (K) Reizbarkeit, (L) sozialer Rückzug und Isolierung, (M) Entschlussunfähigkeit, (N) negatives Körperbild, (O) Arbeitsunfähigkeit, (P) Schlafstörungen, (Q) Ermüdbarkeit, (R) Appetitverlust, (S) Gewichtsverlust, (T) Hypochondrie und (U) Libidoverlust. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer beträgt 10 bis 15 Minuten. Der Fragebogen ist für Patienten zwischen 18 und 80 Jahren einsetzbar. Die Antworten werden hinsichtlich der Schwere der Symptome in den letzten 7 Tagen auf einer vierstufigen Skala angegeben, so dass ein Summenwert von 0 bis 63 Punkten zu erreichen ist. Laut Manual weist ein Summenwert von 11-17 auf eine milde Depression hin. Werte über 18 sind als klinisch relevant zu bezeichnen. Die interne Konsistenz über alle Patienten hinweg liegt bei $\alpha=0.88$. Die Retest-Reliabilität wurde anhand von Rangkorrelations-Koeffizienten untersucht. Diese lagen beispielsweise bei $r=0.75$ (1 Woche) und $r=0.68$ (2 Wochen). Die inhaltliche Validität ist laut Manual gegeben, da sich die Items an den Diagnosesystemen DSM-III und ICD-10 orientieren. Darüber hinaus wurde die konkurrente Validität im Vergleich zu anderen Selbstbeurteilungs- und Fremdbeurteilungsbögen untersucht. Außerdem wurden Faktoren-, Diskriminanz- und Clusteranalysen durchgeführt.

4.3.3 Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV)

Die AKV-Bögen (Ehlers et al., 2001) setzen sich aus drei Fragebögen (ACQ, BSQ und MI) zusammen. Sie wurden für Patienten mit Panikstörung und/oder Agoraphobie entwickelt, finden aber auch bei Patienten mit anderen Angststörungen oder somatoformen Störungen Verwendung. Die Bögen sind sowohl zum Screening als auch zur Therapiepla-

nung und Erfolgskontrolle empfohlen, da sie sehr ökonomisch (5 bis 10 Minuten pro Fragebogen) und änderungssensitiv sind.

Der „Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen“ (ACQ) erfasst anhand von 14 Items, wie häufig angstbezogene Kognitionen (z.B. Ich könnte einen Herzinfarkt bekommen) auftreten und wie beängstigend sie sind. Die Skala reicht von 1=“Der Gedanke kommt nie vor“ bis 5=“Der Gedanke kommt immer vor“. Es lassen sich die Unterfaktoren „Körperliche Krise“ und „Kontrollverlust“ sowie ein Gesamtwert bilden. Die interne Konsistenz wird zwischen $\alpha=0.74$ und $\alpha=0.87$ angegeben. Die Retest-Reliabilität wird mit $r=0.75$ (28 Tage) bzw. $r=0.80$ (110 Tage) angegeben.

Der „Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen“ (BSQ) erfasst, wie bedrohlich Patienten körperliche Symptome, beispielsweise Herzklopfen oder Schwindel, empfinden. Anhand von 17 Items wird die jeweilige Angst auf einer fünfstufigen Skala (1=“gar nicht beunruhigt oder ängstlich“ bis 5=“extrem ängstlich“) beurteilt. Der errechnete Mittelwert kann anhand von Normstichproben interpretiert werden. Die interne Konsistenz liegt bei unterschiedlichen deutschen Stichproben zwischen $\alpha=0.80$ und $\alpha=0.95$. Die Retest-Reliabilität wird mit $r=0.63$ (nach durchschnittlich 28 Tagen) bzw. $r=0.66$ (durchschnittlich 110 Tage) angegeben.

Das „Mobilitäts-Inventar“ (MI) misst anhand von 27 Items das Ausmaß an Vermeidung typischer agoraphobischer Situationen (z.B. Bus fahren) auf einer fünfstufigen Skala (1=“vermeide nie“ bis 5=“vermeide immer“). Es werden getrennte Einschätzungen unter den Bedingungen „allein“ (MI-A) und „in Begleitung“ (MI-B) vorgenommen. Die interne Konsistenz liegt zwischen $\alpha=0.85$ und $\alpha=0.97$. Die Retest-Reliabilität beträgt $r=0.92$ (28 Tage) bzw. $r=0.91$ (110 Tage). Es liegen zur Interpretation der Ergebnisse Normwerte unterschiedlicher Stichproben vor, z.B. eine gesunde Vergleichsgruppe und Werte von Patienten mit Panikstörung und/oder Agoraphobie. Die Validität der Bögen wurde ausführlich untersucht und belegt (vgl. Ehlers et al., 2001).

4.3.4 Partnerschaftsfragebogen (PFB)

Der „Partnerschaftsfragebogen“ (PFB) ist Teil des Fragebogens zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD; Hahlweg, 1996) und setzt sich aus drei Subskalen (Streitverhalten; Zärtlichkeit; Gemeinsamkeit/Kommunikation) mit jeweils 10 Items zusammen. Beantwortet werden diese Items auf einer vierstufigen Skala (0=„nie/sehr selten“; 1=„selten“; 2=„oft“; 3=„sehr oft“). Die Gesamtskala wird durch Addition der drei Skalenwerte gebildet. Ein Gesamtwert von unter 54 Punkten markiert eine negative Beziehungsqualität. Zusätzlich wird mittels eines sechsstufigen Items („Glücks-Item“) eine Gesamteinschätzung der Zufriedenheit mit der Partnerschaft angegeben („sehr unglücklich“ bis „sehr glücklich“). Für die Bundesrepublik Deutschland liegt für den PFB eine bevölkerungsrepräsentative Normierung vor (Hinz et al., 2001). Hier ergaben sich für die Subskalen gute bis sehr gute interne Konsistenzen (Streitverhalten: $\alpha=0.88$; Zärtlichkeit: $\alpha=0.91$; Gemeinsamkeiten/Kommunikation: $\alpha=0.85$; Gesamtskala: $\alpha=0.93$).

4.3.5 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – Module (FLZm)

Im „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – Module“ (FLZm; Henrich & Herschbach, 2000a) wird die Lebenszufriedenheit für acht Bereiche erhoben (Gesundheit, Beruf/Arbeit, Finanzielle Situation, Freizeitgestaltung/Hobbies, Familienleben/Kinder, Partnerschaft/Sexualität, Freunde/Bekannte und Wohnsituation). Für jeden Bereich wird mit jeweils einem Item die Wichtigkeit (1=„nicht wichtig“ bis 5=„extrem wichtig“) und die Zufriedenheit (1=„unzufrieden“ bis 5=„sehr zufrieden“) erfasst. Anhand der beiden Angaben kann eine gewichtete und eine ungewichtete Lebenszufriedenheit bestimmt werden. Außerdem wird die Zufriedenheit insgesamt erfragt. Der FLZm wurde international normiert. Auch für eine repräsentative deutsche Stichprobe inklusive verschiedener Alters- und Berufsgruppen liegen Normwerte für die gewichtete Lebenszufriedenheit vor (aus Henrich & Herschbach, 2000b). Neuere Normwerte für die gewichtete und ungewichtete Lebenszufriedenheit stammen von Daig et al. (2011). Sowohl Cronbachs Alpha ($\alpha=0.82$ bis $\alpha=0.89$) als auch die Retest-Reliabilität ($r=0.87$) liegen im guten Bereich. Die Konstrukt- und diskriminante Validität sind belegt.

4.3.6 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Der „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ; Fahrenberg et al., 2000) ist ein Selbstbeurteilungsbogen und erfasst die Lebenszufriedenheit in 10 Bereichen mit jeweils sieben Items (insgesamt 70 Items). Der Test ist ab 14 Jahren einsetzbar und die Bearbeitungszeit wird mit 7 Minuten angegeben. Die 10 Skalen umfassen die Bereiche Gesundheit, Arbeit/Beruf, Finanzielle Lage, Freizeit, Ehe/Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, Eigene Person, Sexualität, Freunde/Bekannte/Verwandte und Wohnung. Die Items werden auf einer siebenstufigen Antwortskala (von 1=„sehr unzufrieden“ bis 7=„sehr zufrieden“) bewertet. Neben den einzelnen Bereichen kann mit dem FLZ die allgemeine Lebenszufriedenheit erfasst werden. Diese wird als Summenwert von sieben der zehn Skalen berechnet. Nicht berücksichtigt werden "Arbeit/Beruf", "Ehe/Partnerschaft" sowie "Beziehung zu den eigenen Kindern", da diese Skalen bei einigen Menschen nicht beantwortet werden können. Es liegt eine repräsentative Eichstichprobe (N=2870) von 1994 vor. Die Normen sind nach Geschlecht getrennt aufgeführt und in sieben Altersgruppen eingeteilt. Für die PC-Variante des Tests liegt außerdem eine Normstichprobe (N=599) von 2003 vor. Die interne Konsistenz der Skalen liegt zwischen $r=0.82$ und $r=0.95$. Auch die Validität ist gesichert.

4.4 Durchführung der Untersuchung

Jeder Patient der Braunschweiger Psychotherapieambulanz wurde mit den oben beschriebenen Standardverfahren und störungsspezifischen psychometrischen Fragebögen zu den genannten drei Messzeitpunkten untersucht. Die Testung erfolgte vor 2005 durch Paper-Pencil-Fragebögen, seit 2005 führen speziell geschulte studentische Hilfskräfte die Testung mit Hilfe des Hogrefe Testsystems (HTS) durch. Zwischen Prä- und Postmessung führten Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung oder frisch approbierte Psychologische Psychotherapeuten (jeweils unter Supervision) mit den Patienten eine kognitive Verhaltenstherapie durch. Die Therapien erfolgten dabei nach den wissenschaftlich evaluierten und wirksamen Therapiemanualen des jeweiligen Störungsbildes. Da nur

die Summenwerte der Skalen in die Datenbank eingegeben wurden, konnten keine internen Konsistenzen für die Fragebögen berechnet werden.

4.5 Statistische Analyse

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 19.0 und 21.0 für Windows. Bei allen statistischen Analysen wurde ein Signifikanzniveau von 5% vorausgesetzt. Für Hypothese 1 wurden die z-transformierten FLZ-Prä-Werte mit einem ein-Stichproben-T-Test gegen den Mittelwert $M=0$ getestet. Hypothese 2 wurde anhand von Pearson-Korrelationen getestet. Für Hypothese 3 wurde eine Varianzanalyse über die verschiedenen Störungsbilder gerechnet. Hypothese 4 wurde mit einem T-Test für unabhängige Stichproben (verheiratet/zusammenlebend vs. ledig/getrennt lebend/geschieden) getestet. Für Hypothese 5 (Prä zu Post) und Hypothese 6 (Prä zu FU) wurden T-Tests für gepaarte Stichproben und Effektstärken nach Cohens d berechnet. Hypothese 7 konnte anhand eines ein-Stichproben-T-Tests gegen den Mittelwert $M=0$ untersucht werden. Für Hypothese 8 wurden Effektstärken für jedes Störungsbild einzeln berechnet. Hier wurden keine Signifikanzen berechnet. Hypothese 9 wurde anhand von Pearson-Korrelationen überprüft. Für Hypothese 10 und 11 wurden zunächst Differenzen aus den Post- und Prä-Werten (bzw. den FU- und Post-Werten) berechnet. Dann wurden entsprechende Korrelationen berechnet. Hypothese 12 sollte anhand mehrerer schrittweiser multipler Regressionen überprüft werden. Für Hypothese 13 wurden die Effektstärken für die einzelnen Bereiche des FLZ bzw. FLZm berechnet.

Wie bereits erwähnt, sind die Stichproben je nach Hypothese unterschiedlich. In einem Prä-Post-Vergleich werden beispielsweise mehr Patienten eingeschlossen, als in einem Prä-Post-FU-Vergleich. Um entsprechende Verzerrungen, die dadurch entstehen können, mit einzubeziehen, wurden an entsprechenden Stellen Intention-to-treat-Analysen durchgeführt. Da aufgrund der sehr großen Anzahl von Patienten auch sehr kleine Unterschiede signifikant werden können, wurden – wenn möglich – Effektstärken nach Cohens d berichtet. Effektstärken zwischen 0.2 und 0.49 werden als klein, zwischen 0.5 und 0.79 als mittel und größer 0.8 als hoch bezeichnet.

4.5.1 z-Transformation von FLZ und FLZm

Wie oben beschrieben geht mit der Integration verschiedener Datensätze einher, dass die Lebenszufriedenheit mit zwei verschiedenen Messinstrumenten erhoben wurde: Dem FLZm (Henrich & Herrschbach, 2000a) und dem FLZ (Fahrenberg et al., 2000). Dabei stammen $n=1.382$ Daten aus dem FLZ und $n=616$ Werte aus dem FLZm. Um die Daten trotzdem integrieren zu können, wurden die Werte dieser Instrumente mittels z-Transformation standardisiert und so vergleichbar gemacht.

Für den FLZm wurde dafür zunächst der ungewichtete Mittelwert der acht Skalen berechnet. Bis zu zwei fehlende Werte pro Person und Messzeitpunkt wurden durch den Skalenmittelwert ersetzt. Der Autor hat sich explizit gegen den gewichteten Summenwert entschieden, der beim FLZm ebenfalls berechnet werden kann, da so eine erhöhte Vergleichbarkeit zum FLZ gegeben scheint. Die gewichtete Berechnung ist in der Fachwelt umstritten (vgl. Daig et al., 2011). Für die ungewichteten Summenwerte sind außerdem neuere Vergleichsnormen ($N=3.877$) von Daig et al. (2011) verfügbar. Verwendet wurde der Mittelwert $M=3.76$ und die Standardabweichung $SD=0.64$ der repräsentativen Gesamtstichprobe. Damit wurde für jeden Wert des FLZm ein z-transformierter Wert berechnet.

Für den FLZ wurde ebenfalls zunächst der Summenwert berechnet. Dazu wurden, wie im Manual von Fahrenberg et al. (2000) angegeben, nur 7 der 10 Skalen eingeschlossen. Auch hier wurden bis zu zwei fehlende Werte pro Person und Messzeitpunkt durch den Skalenmittelwert ersetzt. Da für den FLZ keine neueren Normdaten vorliegen, musste auf die Normen ($N=2.870$) von 1994 (Fahrenberg et al., 2000) zurückgegriffen werden. Die z-transformierten Werte wurden so mit dem Mittelwert $M=256,59$ und der Standardabweichung $SD=34,26$ der repräsentativen Gesamtstichprobe berechnet. In den sehr seltenen Fällen, bei denen sowohl eine Messung im FLZm als auch im FLZ vorlag, wurde auf die Messung im FLZ zurückgegriffen.

Angenommen wurde nun, dass es keinen signifikanten Unterschied der beiden Sub-Stichproben zum Prä-Zeitpunkt gibt. Dies wurde mit einem zweiseitigen T-Test für unabhängige Stichproben getestet. Es ergab sich kein signifikanter Unterschied (FLZm:

N=616, M=1.37, SD=1.13; FLZ: N=1.383, M=1.37, SD=1.24; T=0.014, df=1996, p=0.99). Es wird somit angenommen, dass die Daten aus FLZm und FLZ integrierbar sind. Im Folgenden wird deshalb nur noch von „Lebenszufriedenheit“ gesprochen, gemeint sind damit die z-transformierten Werte beider Fragebögen.

4.5.2 Umgang mit fehlenden Daten

Es wurden nur Patienten in den Datensatz eingeschlossen, die mindestens eine Prä-Messung zur Lebenszufriedenheit aufwiesen. Es lagen nicht von jedem Patienten Werte aller Fragebögen vor. Diese Patienten wurden dann von der Analyse des jeweiligen Fragebogens ausgeschlossen. Unvollständig ausgefüllte Fragebögen, die keine Auswertung erlaubten, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

4.5.3 Completer- vs. Intention-to-treat-Analysen

In dieser Studie wurden alle Berechnungen sowohl als Completer-Analysen als auch als Intention-to-treat (ITT)-Analysen durchgeführt. Nach Hiller et al. (2009) können Completer-Analysen (bei denen also nur Patienten eingeschlossen werden, die die Therapie abgeschlossen und die Abschlussmessungen durchgeführt haben) zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen. Es kann davon ausgegangen werden, dass abgebrochene Therapien weniger erfolgreich sind als regulär beendete. Im Rahmen der ITT-Analyse wurden deshalb alle Patienten, die eine Prä-Messung aufwiesen, mit in die Berechnung eingeschlossen. Bei fehlenden Werten wurden die jeweils letzten Messungen verwendet. In dem vorliegenden Datensatz wurden dazu also nicht vorhandene Post-Werte durch die Prä-Werte erweitert. Fehlende FU-Werte wurden, falls vorhanden, durch Post-Werte oder entsprechend ebenfalls durch Prä-Werte erweitert. Die ITT-Analysen sind daher als sehr konservativ einzustufen. In den Ergebnissen werden – wenn möglich – die Ergebnisse beider Analysen berichtet.

5 ERGEBNISSE

5.1 Generalisierbarkeit der Ergebnisse

5.1.1 Fragebogenwerte zu Prä

In Tabelle 6 sind die Werte der verschiedenen Fragebögen vor der Therapie dargestellt. Sämtliche Mittelwerte weichen augenscheinlich von den Werten einer gesunden Normstichprobe ab und sind vergleichbar mit entsprechenden Patientenstichproben (GSI: Franke, 2002; BDI: Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995; FLZ: Fahrenberg et al., 2000; FLZm: Daig et al., 2011; AKV: Ehlers, Margraf & Chambless, 2001; PFB: Hinz, Stöbel-Richter & Brähler, 2001). Eine Ausnahme bildet der Mittelwert des PFB. Hier liegt der Mittelwert etwa zwischen den berichteten Werten für Gesunde und Patienten. Allerdings bezieht sich der Wert der Patientenstichprobe auf Paare in einer Eheberatung. Die Patienten der Psychotherapieambulanz Braunschweig kommen aber nicht vorrangig zu einer Paartherapie, sodass diese Unterschiede erklärbar sind. Im Anhang sind darüber hinaus die Werte der Fragebögen vor der Therapie zum Verlaufsdatensatz Prä-Post und zum Verlaufsdatensatz Prä-Post-FU dargestellt (Tabelle A.7 und A.8). Auch hier gibt es Unterschiede zu den Stichproben Gesunder und große Ähnlichkeit zu Patientenstichproben.

5.1.2 Therapieeffekte im Vergleich zu anderen Psychotherapieambulanzen

In Tabelle 7 sind die Effektstärken ausgewählter Fragebögen unterschiedlicher Patientengruppen dargestellt und mit Werten anderer Psychotherapieambulanzen verglichen. Dazu wurde ein Mittelwert über die Effektstärken berechnet. Die Effekte der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig liegen beim GSI bezogen auf die Gesamtstichprobe und beim BDI bezogen auf die depressiven Patienten etwa bei dem Mittelwert der untersuchten Ambulanzen. Bezogen auf Agoraphobie- und Panikpatienten liegt die TU Braunschweig in den Werten des AKV sogar deutlich über dem Durchschnitt. Gleichzeitig ist aber auch erkennbar, wie uneinheitlich die Effektstärken im Bundesver-

gleich ausfallen (z.B. bezogen auf den GSI), obwohl diese nur rein universitäre Ausbildungsstätten (also eine vergleichsweise homogene Gruppe) umfassen.

Insgesamt lässt sich also festhalten, dass sowohl die psychische Beeinträchtigung vor Therapiebeginn mit entsprechenden Patientenstichproben vergleichbar ist, als auch die Therapieeffekte im Rahmen dessen liegen, was für Psychotherapieambulanzen typisch ist. Es ist daher davon auszugehen, dass die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation generalisierbar auf ambulante Psychotherapiepatienten und ambulante Psychotherapien sind. Die externe Validität ist also gegeben. Im Anhang (A.9 bis A.11) befinden sich drei Tabellen (Gesamtstichprobe, Depressive, Agoraphobie/Panik-Patienten), in denen die Prä-Post-Effektstärken aller Fragebögen dargestellt sind.

Tabelle 6

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Fragebögen zu Prä im Vergleich zu den Normstichproben Gesunder und Patienten: Gesamtdatensatz (N=1998)

	Anzahl (n)	M	SD	Vergleichsstichproben M (SD)	
				Gesunde	Patienten
GSI	1849	1,11	0,66	0,38 (0,39)	1,22 (0,59)*
BDI	1983	18,44	10,16	6,45 (5,20)	16,05 (8,83)
FLZ	1382	209,5	42,4	256,6 (34,3)	---
FLZm	616	2,88	0,72	3,76 (0,64)	---
ACQ	760	1,95	0,63	1,32 (0,32)	2,19 (0,63)
BSQ	716	2,51	0,78	1,65 (0,51)	2,74 (0,73)
MI begleitet	716	1,79	0,78	1,22 (0,35)	2,21 (0,90)
MI allein	718	2,34	0,98	1,45 (0,48)	3,03 (1,09)
PFB	448	55,41	15,49	65,0 (11,0)	44,0 (16,0)**

Anmerkungen. GSI=Global Severity Index; BDI=Gesamtwert im Beck-Depressions-Inventar; FLZ=Fragebogen zur Lebenszufriedenheit; FLZm=Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – Module; ACQ=Gesamtwert im Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen; BSQ=Gesamtwert im Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen; MI begleitet=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar in Begleitung; MI allein=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar allein; PFB=Gesamtwert im Partnerschaftsfragebogen; Die Vergleichsstichproben sind aus den jeweiligen Normtabellen der Handanweisungen der Fragebögen entnommen (Literaturangaben siehe Text). *Stichprobe Depressiver; **Stichprobe Paare in Eheberatung.

Tabelle 7

*Prä-Post-Effektstärken nach Cohens d ausgewählter Fragebögen und Patientengruppen
im Vergleich zu verschiedenen Psychotherapieambulanzen Deutschlands*

	Gesamtstichprobe			Depressive	Agoraphobie/Panik-Patienten			
	GSI	BDI	FLZ		ACQ	BSQ	MI begl.	MI allein
Braunschweig 1999-2013	0,86 (N=770)	0,97 (N=805)	0,63 (N=797)	1,12 (N=427)	0,96 (N=166)	1,11 (N=151)	0,85 (N=154)	1,18 (N=153)
Dresden 2010-12	1,15 (N=415)	1,29 (N=396)	EQ-5D: 0,69 (N=603) SWLS: 0,48 (N=603)					
Göttingen 2009-10	0,55 (N=501)	ADS: 0,65 (N=487)	EQ-5D: 0,26 (N=233) FLZm: 0,61 (N=466)					
Greifswald 2009-11	0,69 (N=153)			0,63 (N=44)	0,73 (N=44)	0,72 (N=43)	0,79 (N=43)	0,93 (N=42)
Landau 2010-11	1,16 (N=269)			1,54 (N=105)	0,48 (N=15)	0,57 (N=19)	0,58 (N=16)	0,53 (N=13)
Mainz 2012	1,01 (N=283)			1,32 (N=141)				
Mainz 2004-11					0,53 (N=104)	0,78 (N=104)	0,61 (N=104)	0,57 (N=104)
Münster 2011	0,73 (N=139)							
Osnabrück 2008	0,80 (N=98)							
Tübingen 2004-12	0,85 (N=824)	ADS: 0,93 (N=824)		ADS: 1,63 (N=236)				
Effekt-Mittelwert*	0,87			1,29	0,60	0,74	0,65	0,66

Anmerkungen. GSI=Global Severity Index; BDI=Gesamtwert im Beck-Depressions-Inventar; FLZ=Lebenszufriedenheit; ACQ=Gesamtwert im Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen; BSQ=Gesamtwert im Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen; MI begl.=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar in Begleitung; MI allein=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar allein; EQ-5D=EuroQol - 5 Dimensions; SWLS=Satisfaction With Life Scale; ADS=Allgemeine Depressionsskala. *Für die Berechnung des Mittelwerts wurden die Effektstärken mit den jeweilige Stichprobengrößen (N) multipliziert, die Summe über alle Ambulanzen gebildet und durch die Gesamtanzahl geteilt.

5.2 Lebenszufriedenheit vor Beginn der Therapie

5.2.1 Hypothese 1: Lebenszufriedenheit der Patienten insgesamt zum Prä-Zeitpunkt

Es wird angenommen, dass über alle Patienten hinweg vor Beginn der Therapie (Prä) eine signifikant niedrigere Lebenszufriedenheit im Vergleich zur Normalbevölkerung besteht. Da die Werte der Lebenszufriedenheit bereits z-transformiert sind, liegt der Mittelwert der Normalbevölkerung bei $M=0$ ($SD=1$). Im einseitigen ein-Stichproben-T-Test zum Mittelwert $M=0$ zeigt sich eine signifikant niedrigere Lebenszufriedenheit der Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung ($M=-1.37$, $SD=1.20$, $T=-50.9$, $df=1997$, $p=0.00$, $d=1.29$). Damit wurde Hypothese 1 bestätigt.

5.2.2 Hypothese 2: Unterschiede in der Lebenszufriedenheit je nach Altersgruppe und Geschlecht

Es wird erwartet, dass die Lebenszufriedenheit der Patienten vor der Therapie (Prä) im Mittel nicht mit dem Alter und dem Geschlecht korreliert. Es werden jedoch unsystematische Unterschiede je nach Altersgruppe und Geschlecht erwartet. Die Pearson-Korrelation zwischen der Lebenszufriedenheit und dem Alter ergibt, anders als erwartet, einen signifikanten Zusammenhang ($r=0.09$, $p=0.00$). Allerdings ist der Korrelationskoeffizient sehr gering und die statistische Signifikanz durch die große Stichprobe zu erklären. Wie in Tabelle 8 zu sehen, nimmt die Lebenszufriedenheit über die Altersgruppen hinweg zu. Ab dem 50. Lebensjahr steigt die Lebenszufriedenheit, bei Frauen tendenziell stärker als bei Männern. In der einfaktoriellen ANOVA ist dieser Unterschied ebenfalls signifikant ($F_{(4,1)}=8.80$, $p=0.00$). Im Gegensatz zum Alter gibt es beim Geschlecht keinen signifikanten Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit ($r=0.14$, $p=0.53$). Auch innerhalb einzelner Altersgruppen gibt es keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht und der Lebenszufriedenheit, aber die Tendenz, dass Frauen ab dem 50. Lebensjahr zufriedener sind als Männer. Hypothese 2 kann damit nur teilweise verifiziert werden.

Tabelle 8

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Lebenszufriedenheit je nach Altersgruppen und Geschlecht: Gesamtdatensatz (N=1.985)

Altersgruppe	Geschlecht	N	M	SD	r	p
18-29	weiblich	345	-1,42	1,10	-0,01	0,86
	männlich	191	-1,40	1,13		
30-39	weiblich	327	-1,42	1,18	0,05	0,24
	männlich	240	-1,54	1,28		
40-49	weiblich	291	-1,45	1,25	-0,02	0,70
	männlich	215	-1,41	1,21		
50-59	weiblich	166	-1,17	1,21	0,03	0,59
	männlich	128	-1,25	1,30		
60 und älter	weiblich	46	-0,68	1,07	0,05	0,62
	männlich	36	-0,80	1,19		

Anmerkungen. r=Korrelationskoeffizient nach Pearson; n=13 fehlende Werte.

5.2.3 Hypothese 3: Unterschiede in der Lebenszufriedenheit je nach Diagnosegruppe und Störungsbild

Erwartet werden Unterschiede in der Lebenszufriedenheit der Patienten vor der Therapie (Prä) je nach Störungsbild. Die niedrigste Lebenszufriedenheit wird beim Störungsbild Depression erwartet. Eine Zusammenstellung der Lebenszufriedenheit je nach Diagnosegruppe F1 – F9 ist in Tabelle 9 zu sehen. Die niedrigste Lebenszufriedenheit ist bei den Persönlichkeitsstörungen F6 (M=-1.93), Suchterkrankungen F1 (M=-1.81) und affektiven Störungen F3 (M=-1.75) zu finden. Eine vergleichsweise größere Lebenszufriedenheit liegt bei den Angststörungen F4 (M=-1.28) und Verhaltensstörungen F5 (M=1.45) vor. Patienten mit einer Depression (F32, F33, F34.1) weisen zwar niedrige Lebenszufriedenheitswerte auf (M=1.75). Diese Werte sind jedoch nicht die niedrigsten Lebenszufriedenheitswerte im Vergleich zu anderen Störungsbildern (vgl. Tabelle 9).

Die Werte der Tabelle 9 lassen jedoch Komorbiditäten verschiedener Diagnosegruppen, nach denen die Patienten diagnostiziert wurden, außer Acht. Es gibt eine signifikante Korrelation zwischen der Anzahl an Diagnosegruppen und der Lebenszufriedenheit zu Prä (N=1.867, r=-0.29, p=0.00). Wie in Tabelle 10 zu sehen, nimmt die Lebenszufriedenheit deutlich ab, je mehr Diagnosegruppen vorhanden sind. Die Hypothese 3 wird

deshalb anhand der Werte in Tabelle 11 berechnet. Hier sind nur Patienten jeweils einer Diagnosegruppe aufgeführt und Komorbiditäten damit ausgeschlossen. Die niedrigste Lebenszufriedenheit weisen die Diagnosegruppen F6 (M=-1.65), F2 (M=-1.68) und F3 (M=-1.52) auf. Die Lebenszufriedenheit bei Angststörungen F4 (M=-0.81) und Verhaltensstörungen F5 (M=-0.72) ist am höchsten. In der Varianzanalyse ergibt sich zwischen F3, F4 und F5 (die anderen wurden aufgrund der geringen Stichprobengrößen nicht mit eingeschlossen) ein signifikanter Unterschied ($F_{(2,893)}=39.67$, $p=0.00$). Zusätzlich zu den Diagnosegruppen sind in Tabelle 11 Patienten mit den Störungsbildern Depression (F32, F33, F34.1) und Agoraphobie/Panik (F40.00, F40.01, F41.0) ohne Komorbiditäten aufgeführt. Ausschließlich Depressive sind signifikant ($T=6.34$, $df=405$, $p=0.00$) weniger zufrieden mit ihrem Leben als Patienten mit einer einzigen Diagnose Agoraphobie/Panik. Die Hypothese 3 kann damit angenommen werden.

Tabelle 9

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Lebenszufriedenheit zu Prä je nach Diagnosegruppe und Störungsbild, Komorbiditäten möglich: Gesamtdatensatz (N=1.998)

Diagnosegruppe	Störungsbild	N	M	SD
F0		3	0,65	1,59
F1		118	-1,81	1,17
F2		52	-1,69	1,17
F3		1062	-1,75	1,11
	Depression/Dysthymie	1029	-1,75	1,11
F4		1249	-1,28	1,20
	Agoraphobie/Panik	409	-1,29	1,17
	Generalisierte Angst	90	-1,33	1,02
	Zwangsstörung	155	-1,36	1,26
F5		213	-1,45	1,22
F6		276	-1,93	1,13
	Borderline/Impulsiv	76	-2,00	1,10
F7		11	-1,12	1,06
F8		7	-1,79	1,00
F9		35	-1,21	1,19

Anmerkungen. F0=Alle Diagnosen der ICD-10, die mit F0 beginnen (F1-F9 entsprechend).

Tabelle 10

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Lebenszufriedenheit je nach Anzahl an Diagnosegruppen F0-F9: Gesamtdatensatz (N=1.998)

Anzahl an Diagnosegruppen	N	M	SD
1	953	-1,06	1,16
2	695	-1,68	1,16
3 und mehr	219	-1,95	1,06

Anmerkungen. Ein Patient mit einer Diagnosegruppe kann mehrere Störungsbilder dieser Diagnosegruppe (F0-F9) erfüllen.

Tabelle 11

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Lebenszufriedenheit zu Prä je nach Diagnosegruppe F0-F9 und Störungsbild. Nur Patienten mit einer Diagnosegruppe bzw. einem Störungsbild aufgeführt: Gesamtdatensatz (N=1.998)

Diagnosegruppe	Störungsbild	N	M	SD
F0		0		
F1		7	-1,16	1,02
F2		21	-1,68	1,24
F3		283	-1,52	1,13
	Depression	269	-1,50	1,12
F4		560	-0,81	1,11
	Agoraphobie/Panik	186	-0,84	1,09
F5		53	-0,72	1,09
F6		23	-1,65	0,99
F7		2	-1,78	1,38
F8		1	-0,57	
F9		3	-0,67	1,44

Anmerkungen. F0=Alle Diagnosen der ICD-10, die mit F0 beginnen (F1-F9 entsprechend).

5.2.4 Hypothese 4: Lebenszufriedenheit und Partnerschaft

Es wird erwartet, dass die Lebenszufriedenheit vor der Therapie (Prä) größer ist bei Patienten, die einen Partner haben und mit diesem zusammen leben. Dafür wurde die Stichprobe in zwei Gruppen geteilt: Gruppe 1 umfasst Patienten mit dem Familienstand „Verheiratet“ und „in Partnerschaft (zusammen lebend)“. Gruppe 2 umfasst die Merk-

male „ledig (ohne Partnerschaft)“, „in Partnerschaft (getrennt lebend)“ und „geschieden/verwitwet“. In Tabelle 12 ist die Lebenszufriedenheit je nach dem Familienstand aufgeführt. Anhand der Mittelwerte erkennt man, dass die gewählte Aufteilung in die beiden Gruppen sinnvoll ist. Beim einseitigen T-Test für unabhängige Stichproben zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen in erwarteter Richtung ($T=-5.75$, $df=1708$, $p=0.00$). Die Effektstärke ist jedoch klein ($d=0.27$). Hypothese 4 ist damit bestätigt.

Um darüber hinausgehende Informationen über die Zusammenhänge von Partnerschaft und Lebenszufriedenheit zu erfahren, wurde die Stichprobe anhand des Partnerschaftsfragebogen (PFB) in „unglückliche“ und „glückliche“ Paare aufgeteilt. Patienten mit einem PFB Gesamtwert <54 wurden der Gruppe der „unglücklichen Paare“ ($N=188$), diejenigen mit einem PFB Gesamtwert ≥ 54 der Gruppe der „glücklichen Paare“ ($N=260$) zugeordnet. Tabelle 13 zeigt die Ergebnisse der T-Tests für unabhängige Stichproben, bezogen auf die Lebenszufriedenheit insgesamt und die Subskalen des FLZ und FLZm zum Bereich Partnerschaft und Sexualität. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied in der Lebenszufriedenheit insgesamt zwischen den „unglücklichen“ und „glücklichen“ Paaren ($T=-5.67$, $df=446$, $p=0.00$). Die Effektstärke liegt im mittleren Bereich ($d=0.54$).

Mit der Unterteilung in „unglückliche“ und „glückliche“ Paare können auch die obigen Ergebnisse relativiert werden (siehe Tabelle 14). Werden nur die „unglücklichen“ Paare differenziert betrachtet, verschwindet der Unterschied zwischen getrennt und zusammen lebenden Paaren bezüglich der Lebenszufriedenheit ($p=0.63$, $d=0.08$). In „glücklichen“ Partnerschaften ist der Unterschied bezüglich der Lebenszufriedenheit zwischen getrennt und zusammen lebenden Paaren jedoch signifikant ($p=0.01$, $d=0.36$). Dieser Unterschied zeigt sich auch in der 2-faktoriellen Varianzanalyse. Sowohl der Haupteffekt zusammen oder getrennt lebend ist signifikant ($F_{(1,429)}=4.25$, $p=0.04$, $\eta^2=0.01$), als auch der Haupteffekt glückliche oder unglückliche Partnerschaft ($F_{(1,429)}=19.84$, $p=0.00$, $\eta^2=0.04$). Es gab keine signifikante Interaktion zwischen diesen beiden Variablen ($F_{(1,429)}=1.70$, $p=0.19$, $\eta^2=0.00$).

Tabelle 12

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Lebenszufriedenheit je nach Familienstand aufgeteilt in zusammen bzw. getrennt lebend: Gesamtdatensatz (N=1.710)

	Familienstand	N	M	SD
Gruppe 1	verheiratet	663	-1,23	1,19
	in Partnerschaft (zusammen lebend)	203	-1,21	1,08
	zusammen lebend	866	-1,23	1,17
Gruppe 2	in Partnerschaft (getrennt lebend)	197	-1,50	1,05
	ledig (ohne Partnerschaft)	508	-1,54	1,18
	geschieden/verwitwet (ohne Partnerschaft)	139	-1,69	1,32
	getrennt lebend	844	-1,55	1,18

Tabelle 13

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) ausgewählter Lebenszufriedenheitsbereiche im Vergleich unglücklicher Paare (Partnerschaftsfragebogen (PFB) < 54) und glücklicher Paare (PFB ≥ 54): Gesamtdatensatz (N=448)

Variable	Paare	N	M	SD	T	df	p	d
PFB	unglücklich	188	40,41	8,85	-30,73	446	0,00	2,94
	glücklich	260	66,26	8,73				
Lebenszufriedenheit insgesamt (FLZ und FLZm)	unglücklich	188	-1,59	1,11	-5,67	446	0,00	0,54
	glücklich	260	-1,00	1,07				
Zufriedenheit Ehe und Partnerschaft (FLZ)	unglücklich	160	27,42	9,07	-14,87	284	0,00	1,56
	glücklich	233	40,09	7,02				
Zufriedenheit Sexualität (FLZ)	unglücklich	175	25,29	7,73	-9,13	388	0,00	0,90
	glücklich	245	32,46	8,20				
Wichtigkeit Partnerschaft/Sexualität (FLZm)	unglücklich	14	4,29	0,99	0,56	30	0,58	-0,20
	glücklich	18	4,11	0,76				
Zufriedenheit Partnerschaft/Sexualität (FLZm)	unglücklich	14	2,50	1,51	-2,96	22	0,01	1,08
	glücklich	18	3,89	1,02				

Anmerkungen. FLZ=Fragebogen zur Lebenszufriedenheit; FLZm=Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – Module; d=Effektstärke nach Cohen.

Tabelle 14

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Lebenszufriedenheit im Vergleich unglücklicher Paare (Partnerschaftsfragebogen (PFB) < 54) und glücklicher Paare (PFB ≥ 54) unterteilt nach zusammen bzw. getrennt lebend: Gesamtdatensatz (N=433)

Partnerschaft		N	M	SD	T	df	p	d
unglücklich	zusammen lebend	122	-1,55	1,12	0,48	179	0,63	-0,08
	getrennt lebend	59	-1,64	1,10				
glücklich	zusammen lebend	178	-0,90	1,01	2,63	250	0,01	-0,36
	getrennt lebend	74	-1,28	1,13				

Anmerkungen. d=Effektstärke nach Cohen.

5.3 Veränderungen der Lebenszufriedenheit über den Therapieverlauf

5.3.1 Hypothese 5: Lebenszufriedenheit im Prä-Post-Vergleich

Es wird eine signifikante Verbesserung der allgemeinen Lebenszufriedenheit von Prä zu Post mit einer mittleren Effektstärke erwartet. Hierzu wurde ein einseitiger T-Test für verbundene Stichproben berechnet. Es zeigt sich eine signifikante Verbesserung der Lebenszufriedenheit von Prä zu Post ($N_{\text{prä}}=797$, $M_{\text{prä}}=-1.27$, $SD_{\text{prä}}=1.14$; $N_{\text{post}}=797$, $M_{\text{post}}=-0.51$, $SD_{\text{post}}=1.26$; $T=-19.79$, $df=796$, $p=0.00$). Wie erwartet liegt die Effektstärke bei der Completer-Analyse im mittleren Bereich ($d=0.63$). Hypothese 5 kann damit angenommen werden.

Auch in der ITT-Analyse wird der Unterschied Prä-Post durch die große Anzahl an Patienten signifikant ($N_{\text{prä}}=1998$, $M_{\text{prä}}=-1.37$, $SD_{\text{prä}}=1.21$; $N_{\text{post}}=1998$, $M_{\text{post}}=-1.07$, $SD_{\text{post}}=1.33$; $T=-17.39$, $df=1997$, $p=0.00$). Durch die konservativere ITT-Analyse liegt hier die Effektstärke jedoch im kleinen Bereich ($d=0.24$).

5.3.2 Hypothese 6: Lebenszufriedenheit im Prä-FU-Vergleich

Es wird erwartet, dass auch ein Jahr nach Abschluss der Psychotherapie (FU) eine signifikante Verbesserung der Lebenszufriedenheit (im Vergleich zu Prä) erhalten geblieben ist und eine abgeschwächte, jedoch ebenfalls mittlere Prä-FU-Effektstärke gefunden wird. Auch hier wurde ein T-Test für verbundene Stichproben berechnet. Es zeigt sich ein

signifikanter Unterschied zwischen Prä- und FU-Werten der Lebenszufriedenheit ($N_{\text{prä}}=252$, $M_{\text{prä}}=-1.25$, $SD_{\text{prä}}=1.12$; $N_{\text{fu}}=268$, $M_{\text{fu}}=-0.47$, $SD_{\text{fu}}=1.36$; $T=-10.63$, $df=251$, $p=0.00$). Wie erwartet liegt die Effektstärke im mittleren Bereich ($d=0.63$). Hypothese 6 kann damit bestätigt werden.

In der ITT-Analyse zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied ($N_{\text{prä}}=1998$, $M_{\text{prä}}=-1.37$, $SD_{\text{prä}}=1.21$; $N_{\text{fu}}=1998$, $M_{\text{fu}}=-1.07$, $SD_{\text{fu}}=1.35$; $T=-16.76$, $df=1997$, $p=0.00$). Die Effektstärke ist klein ($d=0.23$). Die Hypothesen 5 und 6 zusammenfassend zeigt Abbildung 3 den Verlauf der Lebenszufriedenheit der Verlaufsstichprobe Prä-Post-FU.

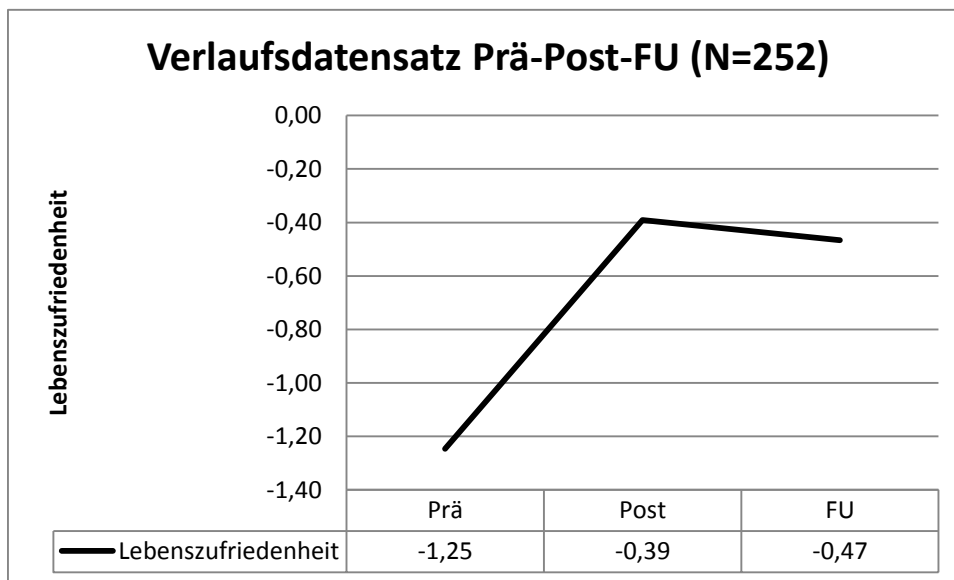


Abbildung 3: Lebenszufriedenheit im Verlauf Prä-Post-FU

5.3.3 Hypothese 7: Lebenszufriedenheit Post bzw. FU im Vergleich zur Normalbevölkerung

Diese Hypothese bezieht sich auf die klinische Signifikanz. *Es wird erwartet, dass – trotz signifikanter Verbesserung bei der Post- und FU-Messung – die Werte behandelter Patienten immer noch signifikant unter den Werten der Normalbevölkerung liegen.* Da Werte der Lebenszufriedenheit bereits z-transformiert wurden, liegt die Normstichprobe bei $M=0$ und $SD=1$. Im einseitigen ein-Stichproben-T-Test zum Mittelwert $M=0$ zeigt sich

eine signifikant niedrigere Lebenszufriedenheit sowohl zu Post (N=797, M=-0.51, SD=1.26, T=-11.43, df=796, p=0.00, d=0.47) als auch zu FU (N=252, M=-0.47, SD=1.36, T=-5.44, df=251, p=0.00, d=0.45) im Vergleich zur Normalbevölkerung. Hypothese 7 kann daher bestätigt werden.

In der ITT-Analyse fallen die Unterschiede zur Normalbevölkerung noch größer aus, da fehlende Werte durch zuletzt vorliegende Werte erweitert werden. Zu Post liegt der Mittelwert daher bei M=-1.07, zu FU ebenfalls bei M=-1.07.

5.3.4 Hypothese 8: Störungsspezifische Veränderungen

Je nach Störungsbild sind im Verlauf der Therapie Unterschiede in der Veränderung der Lebenszufriedenheit zu erwarten. Für die Lebenszufriedenheit von Patienten mit Depressionen wird eine hohe Prä-Post-Effektstärke erwartet. Von allen Störungsbildern sollten bei der Psychotherapie Depressiver die höchsten Effekte erzielt werden. In Tabelle 15 sind die Prä-Post-Vergleiche nach Diagnosegruppen und Störungsbildern aufgeteilt dargestellt, zunächst wieder ohne dabei auf Komorbiditäten einzugehen. In den Diagnosegruppen liegen die Effektstärken zwischen d=0.59 und d=0.74 und damit im mittleren Bereich. Bei den Störungsbildern tritt die höchste Prä-Post-Effektstärke bei Patienten mit einer Generalisierten Angststörung (d=1.00), die niedrigste bei Zwangspatienten (d=0.41) auf. Die Effektstärke beim Störungsbild Depression liegt mit d=0.70 im mittleren Bereich.

In Tabelle 16 ist die Lebenszufriedenheit zu Prä und Post in Abhängigkeit von der Anzahl an Diagnosegruppen dargestellt. Es ist zwar zu erkennen, dass tendenziell höhere Effekte erzielt werden, je mehr Komorbiditäten vorhanden sind. Diese Korrelation ist jedoch nicht signifikant (r=0.07, p=0.07).

In Tabelle 17 ist erneut die Lebenszufriedenheit zu Prä und Post je nach Störungsbild abgetragen, diesmal sind jedoch nur Patienten mit einer einzigen Störung ohne Komorbiditäten aufgeführt. Dies macht die statistische Berechnung von Unterschieden möglich. Dabei wurde mit der Veränderung in der Lebenszufriedenheit (FLZ Post-Prä) als Größe gerechnet. In der Varianzanalyse ergibt sich zwischen den Diagnosegruppen F3, F4

und F5 (zu geringes n bei F6) ein signifikanter Unterschied ($F_{(2,374)}=3.44$, $p=0.03$). Im Post-hoc Scheffé-Test zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Diagnosegruppen F3 und F4 ($p=0.046$). Die affektiven Störungen F3 ($d=0.77$) und die Verhaltensstörungen F5 ($d=0.79$) weisen dabei die größten Veränderungen bzw. Prä-Post-Effektstärken auf. Im T-Test ergibt sich zwischen den Störungsbildern Depression und Agoraphobie/Panik kein signifikanter Unterschied in der Veränderung der Lebenszufriedenheit von Prä zu Post ($T=-1.96$, $df=192$, $p=0.052$). Zu erkennen ist, dass die Signifikanzen beim Scheffé-Test und beim T-Test nur sehr knapp über- oder unterschritten werden. Hypothese 8 kann damit nicht klar belegt werden und muss als nicht bestätigt gewertet werden.

Tabelle 15

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Lebenszufriedenheit zu Prä und Post je nach Diagnosegruppe F0-F9 oder Störungsbild. Komorbiditäten möglich: Verlaufsdatensatz Prä-Post (N=797)

Diagnosegruppe/ Störungsbild		N	M	SD	d
F1	prä	40	-1,79	1,10	0,68
	post		-0,99	1,24	
F2	prä	19	-1,50	1,16	0,67
	post		-0,62	1,47	
F3	prä	426	-1,64	1,10	0,72
	post		-0,76	1,32	
Depression/Dysthymie	prä	415	-1,64	1,11	0,70
	post		-0,78	1,32	
F4	prä	546	-1,24	1,14	0,59
	post		-0,53	1,26	
Agoraphobie/Panik	prä	195	-1,27	1,09	0,60
	post		-0,57	1,24	
Generalisierte Angst	prä	36	-1,36	1,00	1,00
	post		-0,30	1,12	
Zwangsstörung	prä	63	-1,03	1,20	0,46
	post		-0,48	1,20	
F5	prä	75	-1,28	1,21	0,73
	post		-0,36	1,31	
F6	prä	108	-1,71	1,15	0,74
	post		-0,82	1,28	
Borderline/Impulsiv	prä	22	-1,67	1,02	0,41
	post		-1,15	1,43	

Anmerkungen. d=Prä-Post-Effektstärke nach Cohen; F0=Alle Diagnosen der ICD-10, die mit F0 beginnen (F1-F9 entsprechend); Aufgrund der geringen Anzahl an Patienten wurde auf die Auswertung von F0 (n=0), F7 (n=4), F8 (n=2) und F9 (n=6) verzichtet.

Tabelle 16

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Lebenszufriedenheit je nach Anzahl an Diagnosegruppen F0-F9: Verlaufsdatensatz Prä-Post (N=797)

Anzahl an Diagnosegruppen		N	M	SD	T	df	p	d
1	prä	400	-0,97	1,07	-13,18	399	0,00	0,62
	post		-0,28	1,18				
2	prä	294	-1,56	1,13	-12,36	293	0,00	0,69
	post		-0,73	1,29				
3 und mehr	prä	77	-1,90	1,07	-7,61	76	0,00	0,72
	post		-1,03	1,34				

Anmerkungen. d=Prä-Post-Effektstärke nach Cohen; Ein Patient mit einer Diagnosegruppe kann mehrere Störungsbilder dieser Diagnosegruppe (F0-F9) erfüllen.

Tabelle 17

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Lebenszufriedenheit zu Prä und Post je nach Diagnosegruppe F0-F9 oder Störungsbild. Nur Patienten mit einer Diagnosegruppe bzw. einem Störungsbild aufgeführt: Verlaufsdatensatz Prä-Post (N=797)

Diagnosegruppe / Störungsbild		N	M	SD	T	df	p	d
F3	prä	107	-1,32	1,05	-8,69	106	0,00	0,77
	post		-0,41	1,29				
Depression	prä	102	-1,31	1,06	-8,17	101	0,00	0,73
	post		-0,45	1,31				
F4	prä	249	-0,82	1,06	-9,32	248	0,00	0,56
	post		-0,22	1,12				
Agoraphobie/Panik	prä	92	-0,87	1,03	-5,57	91	0,00	0,51
	post		-0,29	1,23				
F5	prä	21	-0,72	1,14	-4,37	20	0,00	0,79
	post		0,16	1,11				
F6	prä	12	-1,33	0,81	-1,83	11	0,09	0,75
	post		-0,64	1,03				

Anmerkungen. d=Prä-Post-Effektstärke nach Cohen; F0=Alle Diagnosen der ICD-10, die mit F0 beginnen (F1-F9 entsprechend); Aufgrund der geringen Anzahl an Patienten wurde auf die Auswertung der übrigen Diagnosegruppen verzichtet.

5.4 Weitere Zusammenhänge

5.4.1 Hypothese 9: Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Anzahl der Therapiesitzungen

Es wird ein positiver Zusammenhang zwischen der Verbesserung der Lebenszufriedenheit und der Anzahl der Therapiesitzungen erwartet. Für die Berechnung wurde die Differenz der Lebenszufriedenheit Post-Prä gebildet und diese mit der Anzahl der Therapiesitzungen korreliert. Es ergab sich keine signifikante Korrelation ($n=460$; $r=-0.18$; $p=0.69$) zwischen der Veränderung der Lebenszufriedenheit und der Anzahl der Therapiesitzungen.

Das überraschende Ergebnis lautet: Die Tendenz des Zusammenhangs ist – anders als erwartet – negativ, das heißt: weniger Therapiesitzungen sind mit einer größeren Verbesserung der Lebenszufriedenheit korreliert. Hypothese 9 muss also verworfen werden.

5.4.2 Hypothese 10: Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und symptombezogenen Maßen

Es wird ein positiver Zusammenhang zwischen der Verbesserung der Lebenszufriedenheit und der Verbesserung in den symptombezogenen Maßen (SCL-90, BDI, PFB, AKV) erwartet. Hierzu wurden neben der Differenz der Lebenszufriedenheit Post-Prä auch für die verschiedenen symptombezogenen Maße die Differenzen Post-Prä berechnet. In Tabelle 18 (erste Spalte) sind die Korrelationen zwischen der Veränderung in der Lebenszufriedenheit und der Veränderung in den symptombezogenen Maßen dargestellt. Alle symptombezogenen Maße außer dem MI (begleitet) korrelieren signifikant mit der Veränderung in der Lebenszufriedenheit. Die größten Zusammenhänge bestehen zum BDI ($r=-0.55$) und zum GSI ($r=-0.48$). Hypothese 10 ist damit verifiziert.

Tabelle 18

Pearson-Korrelationen (r) zwischen Lebenszufriedenheit und symptombezogenen Maßen

Symptombezogene Maße	Veränderung in FLZ (Prä zu Post) korreliert mit Veränderung in symptombezogenen Maßen (Prä zu Post)			Veränderung in FLZ (Prä zu Post) korreliert mit Veränderung in symptombezogenen Maßen (Post zu FU)			Veränderung in symptombezogenen Maßen (Prä zu Post) korreliert mit Veränderung in FLZ (Post zu FU)			FLZ (Post) korreliert mit Veränderung in symptombezogenen Maßen (Post zu FU)		
	n	r	p	n	r	p	n	r	p	n	r	p
GSI	747	-0,48	0,00	236	0,13	0,05	252	0,10	0,11	236	0,12	0,06
BDI	785	-0,55	0,00	253	0,24	0,00	249	0,18	0,01	253	0,18	0,00
PFB	109	0,27	0,00	50	-0,18	0,22	42	-0,28	0,08	50	-0,11	0,43
ACQ	279	-0,33	0,00	95	0,09	0,39	99	0,13	0,19	95	-0,08	0,44
BSQ	262	-0,32	0,00	95	-0,03	0,75	96	0,09	0,40	95	0,00	0,99
MI begleitet	257	-0,05	0,40	93	-0,03	0,75	93	-0,06	0,57	91	-0,13	0,23
MI allein	256	-0,13	0,04	91	-0,10	0,32	94	-0,09	0,37	93	-0,12	0,25

Anmerkungen. FLZ=Lebenszufriedenheit; GSI=Global Severity Index; BDI=Gesamtwert im Beck-Depressions-Inventar; PFB=Gesamtwert im Partnerschaftsfragebogen; ACQ=Gesamtwert im Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen; BSQ=Gesamtwert im Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen; MI begleitet=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar in Begleitung; MI allein=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar allein.

5.4.3 Hypothese 11: Lebenszufriedenheit und symptombezogene Maße

Was kommt zuerst: Eine Verbesserung der Lebenszufriedenheit oder eine Verbesserung der symptombezogenen Maße? Bei dieser Hypothese soll getestet werden, ob die Verbesserung der Lebenszufriedenheit zu einer Verbesserung der symptombezogenen Maße – oder umgekehrt – ob die Verbesserung der symptombezogenen Maße zu einer Verbesserung der Lebenszufriedenheit führt. Legt man die Ergebnisse in der Literatur zugrunde, *so ist zu erwarten, dass aufgrund der geringen Anzahl an Messzeitpunkten keine signifikante Vorhersage hinsichtlich Ursache und Wirkung getroffen werden kann.* Für diese Berechnung werden zusätzlich zu den Differenzen von Post-Prä, die bereits in Hypothese 10 verwendet wurden, auch die Differenzen FU-Post für die Lebenszufriedenheit und die symptombezogenen Maße berechnet. Das Vorgehen ist identisch mit dem Vorgehen von Crits-Cristoph et al. (2008), sodass eine gute Vergleichbarkeit gege-

ben ist. Um zu testen, ob die Veränderung der Lebenszufriedenheit eine Veränderung in den symptombezogenen Maßen vorhersagt, wird die Veränderung der Lebenszufriedenheit (Differenz Post-Prä) mit der Veränderung in den symptombezogenen Maßen (Differenz FU-Post) korreliert. Um zu testen, ob die Veränderung in symptombezogenen Maßen die Veränderung in der Lebenszufriedenheit vorhersagt, wird entsprechend andersherum vorgegangen.

Crits-Cristoph et al. (2008) führen eine weitere Berechnung durch, um die Vergleichbarkeit zu Elkin et al. (2006) herzustellen. Hierzu wurde auch in der vorliegenden Arbeit eine Korrelation zwischen dem Post-Wert in der Lebenszufriedenheit (ohne den Prä-Wert mit einzubeziehen) und der Veränderung in den symptombezogenen Maßen (Post zu FU) berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 18 (Spalten 2-4) dargestellt. In allen Berechnungen ergibt sich eine signifikante Korrelation für den BDI. So sagt sowohl die Verbesserung der Lebenszufriedenheit (Prä zu Post) eine Verbesserung im BDI (Post zu FU) ($r=0.24$, $p=0.00$), als auch anders herum die Verbesserung im BDI (Prä zu Post) eine Verbesserung der Lebenszufriedenheit (Post zu FU) vorher ($r=0.18$, $p=0.01$). Bei der Berechnung nach Elkin et al. (2006) (Spalte 4) ergibt sich ebenfalls eine signifikante Korrelation für den BDI ($r=0.18$, $p=0.00$). Es lässt sich keine eindeutige Antwort auf die Frage geben, was zuerst kommt, die Verbesserung der Lebenszufriedenheit oder die Symptomreduktion. Hypothese 11 ist damit verifiziert.

5.4.4 Hypothese 12: Vorhersage der Veränderung der Lebenszufriedenheit

Angenommen wird, dass die Veränderung der Lebenszufriedenheit von Prä zu Post vorhergesagt werden kann. Prädiktoren sind sowohl die Lebenszufriedenheit zu Prä als auch die Veränderung in den symptombezogenen Maßen von Prä zu Post. Es wird erwartet, dass die symptombezogenen Maße zu Prä nicht signifikant zur Aufklärung der Varianz beitragen können.

Untersucht wurde zunächst, ob die symptombezogenen Fragebogenwerte zu Prä eine Veränderung in der Lebenszufriedenheit vorhersagen können. Dazu wurde eine schrittweise multiple Regressionsanalyse berechnet. Die Veränderung der Lebenszufrie-

denheit (Post-Prä) diene als abhängige Variable. Da der PFB nicht zur Standarddiagnostik gehörte und auch der AKV nur bei Patienten mit einer Indikation durchgeführt wurde, wurden drei verschiedene Regressionsanalysen berechnet. Zu beachten ist, dass es je nach Auswahl der Fragebögen zu unterschiedlichen Stichproben kommt. Die Ergebnisse der Analysen können Tabelle 19 entnommen werden.

Für die erste Regressionsanalyse (N=790) wurden der FLZ, BDI und GSI zu Prä in das Modell integriert. Der FLZ klärte in dieser Konstellation 13,3% der Varianz auf. Der BDI und der GSI konnten keine zusätzliche Varianz aufklären.

Es wurde eine zweite Regressionsanalyse (N=319) berechnet, bei der neben dem FLZ, BDI und GSI auch die Fragebögen des AKV (ACQ, BSQ, MIB, MIA) zu Prä integriert wurden. Der FLZ konnte hier 11% der Varianz, die „Mobilität begleitet“ weitere 1,2% der Varianz aufklären. So konnte ein signifikantes Modell entwickelt werden ($F_{(2,316)}=23.03$, $p=0.00$), das 12,2% der Varianz vorhersagen kann (korrigiertes $R^2=0.122$). Die anderen Variablen wurden ausgeschlossen.

In der dritten Regressionsanalyse wurden die AKV-Bögen nicht verwendet und stattdessen der PFB integriert (N=166). Bei dieser Berechnung konnten weder BDI noch GSI oder PFB zusätzliche Varianz zur Lebenszufriedenheit zu Prä aufklären.

Außerdem wurde untersucht, ob die *Veränderung* in den symptombezogenen Fragebogenwerten von Prä zu Post eine Veränderung in der Lebenszufriedenheit vorhersagt. Auch hier wurden drei separate schrittweise multiple Regressionsanalysen mit der Veränderung der Lebenszufriedenheit (Post-Prä) als abhängige Variable berechnet. Die Veränderungen der symptombezogenen Maße wurden wiederum unterschiedlich integriert, da es sonst zu einer zu kleinen Stichprobe für die Berechnung gekommen wäre. Die Ergebnisse dieser Berechnungen sind in Tabelle 20 dargestellt.

Für die erste Regressionsanalyse wurde neben der Lebenszufriedenheit zu Prä auch die Veränderung im BDI und GSI in das Modell integriert (N=736). In diesem Fall wurden alle drei Variablen in das signifikante Modell integriert ($F_{(3,732)}=141.08$, $p=0.00$). Das Modell konnte 36,4% der Varianz aufklären (korrigiertes $R^2=0.364$). Die Veränderung

im BDI konnte 22,0%, der FLZ-Prä zusätzliche 13,3% und die Veränderung im GSI weitere 1,3% der Varianz aufklären.

Für die zweite Regressionsanalyse wurden zusätzlich zu den Veränderungen im BDI und GSI auch die Veränderungen in den AKV-Bögen integriert (N=235). Neben dem FLZ-Prä gingen die Veränderungen im BDI und die Veränderungen im BSQ in das signifikante Modell ein ($F_{(3,231)}=53.16$, $p=0.00$). Das Modell konnte 40,1% der Varianz aufklären (korrigiertes $R^2=0.401$). Die Veränderungen im BDI konnten 25,7%, der FLZ-Prä 13,2% und die Veränderungen im BSQ weitere 2,0% der Varianz aufklären. Die Veränderungen im GSI und in den übrigen Fragebögen des AKV wurden ausgeschlossen.

Für die dritte Regressionsanalyse (N=94) wurden erneut die Veränderungen im BDI, GSI und PFB verwendet. Das signifikante Modell ($F_{(2,91)}=13.92$, $p=0.00$) konnte 33,0% der Varianz aufklären (korrigiertes $R^2=0.330$). Die Veränderungen im BDI konnten 28,9% und die Veränderungen im PFB zusätzliche 5,6% der Varianz aufklären. Die Lebenszufriedenheit zu Prä sowie die Veränderungen im GSI wurden ausgeschlossen. Insgesamt kann damit die Hypothese 12 weitestgehend bestätigt werden.

Tabelle 19

Regressionsanalysen zur Vorhersage der Veränderung der Lebenszufriedenheit von Prä zu Post. In die Analysen wurden die verschiedenen Fragebogen-Werte zu Prä eingeschlossen: Verlaufsdatensatz Prä-Post (N=797)

	Variable	B	SE	β	p	Ausgeschlossene Variablen
Regression 1 (N=797)	FLZ	-0,35	0,32	-0,37	0,00	BDI, GSI
Regression 2 (N=319)	FLZ	-0,33	0,05	0,36	0,00	BDI, GSI, ACQ, BSQ, MI allein
	MI begleitet	-0,15	0,07	0,11	0,00	
Regression 3 (N=166)	FLZ	-0,25	0,07	-0,28	0,00	BDI, GSI, PFB

Anmerkungen. FLZ=Lebenszufriedenheit; GSI=Global Severity Index; BDI=Gesamtwert im Beck-Depressions-Inventar; ACQ=Gesamtwert im Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen; BSQ=Gesamtwert im Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen; MI begleitet=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar in Begleitung; MI allein=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar allein; PFB=Gesamtwert im Partnerschaftsfragebogen.

Tabelle 20

Regressionsanalysen zur Vorhersage der Veränderung der Lebenszufriedenheit von Prä zu Post. In die Analysen wurden die Veränderungen in den Fragebögen von Prä zu Post eingeschlossen: Verlaufsdatensatz Prä-Post (N=797)

	Variable	B	SE	β	p	Ausgeschlossene Variablen
Regression 1 (N=736)	GSI (Post-Prä)	-0,31	0,08	0,16	0,00	---
	FLZ	-0,22	0,03	0,23	0,00	
	BDI (Post-Prä)	-0,04	0,01	0,38	0,00	
Regression 2 (N=235)	BSQ (Post-Prä)	-0,22	0,08	0,16	0,01	ACQ (Post-Prä), MI b (Post-Prä), MI a (Post-Prä)
	FLZ	-0,18	0,09	0,20	0,00	
	BDI (Post-Prä)	-0,05	0,05	0,47	0,00	
Regression 3 (N=94)	BDI (Post-Prä)	-0,05	0,01	0,50	0,00	FLZ-Prä, GSI (Post-Prä)
	PFB (Post-Prä)	0,02	0,01	0,24	0,01	

Anmerkungen. FLZ=Lebenszufriedenheit; GSI=Global Severity Index; BDI=Gesamtwert im Beck-Depressions-Inventar; ACQ=Gesamtwert im Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen; BSQ=Gesamtwert im Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen; MI b=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar in Begleitung; MI a=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar allein; PFB=Gesamtwert im Partnerschaftsfragebogen.

5.5 Bereiche der Lebenszufriedenheit

5.5.1 Hypothese 13: Veränderungen in den einzelnen Lebensbereichen

Bezogen auf die einzelnen Bereiche der Lebenszufriedenheit werden die größten Veränderungen in den Bereichen, die in der Person liegen, erwartet. In Tabelle 21 sind die Bereiche des FLZ und des FLZm mit ihren Werten zu Prä und Post dargestellt. Außerdem werden Signifikanzen der T-Tests sowie die Effektstärken berichtet. Zunächst lässt sich feststellen, dass in allen Lebensbereichen eine signifikante Verbesserung erzielt werden konnte. Beim FLZ werden die größten Effekte in den Bereichen „Gesundheit“ ($d=1.22$) und „Eigene Person“ ($d=1.05$) erzielt, die niedrigsten Effekte treten bei „Beziehung zu eigenen Kindern“ ($d=0.36$) und „Wohnung“ ($d=0.33$) auf. Für die Gesamtzufriedenheit im FLZ ergibt sich eine Prä-Post-Effektstärke von $d=1.04$. Im FLZm liegt ebenfalls der Bereich Gesundheit an erster Stelle der Effektstärken ($d=0.87$), die niedrigsten Effekte werden hier in den Skalen „Wohnsituation“ ($d=0.26$) und „Einkommen“ ($d=0.19$) erzielt. In der Gesamtzufriedenheit des FLZm ergibt sich eine Prä-Post-Effektstärke von $d=0.84$. Die Ergebnisse stimmen mit der Hypothese 13 überein.

Tabelle 21

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Prä-Post-Effektstärken (Cohens d) der Lebenszufriedenheitsbereiche aus dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) und dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – Module (FLZm) (N=797).

		N	M	SD	T	df	p	d
FLZ GES Gesundheit	prä	497	24,91	8,67	-18,09	496	0,00	1,22
	post		32,79	9,56				
FLZ PER Eigene Person	prä	493	28,72	8,39	-17,02	492	0,00	1,05
	post		34,80	8,06				
FLZ BEK Freunde und Bekannte	prä	495	31,38	7,22	-11,24	494	0,00	0,67
	post		34,83	7,44				
FLZ FRE Freizeit	prä	485	31,22	8,00	-9,92	484	0,00	0,66
	post		34,90	7,79				
FLZ ARB Arbeit	prä	460	29,25	9,31	-9,17	459	0,00	0,63
	post		33,43	9,50				
FLZ SEX Sexualität	prä	482	29,78	8,83	-9,73	481	0,00	0,58
	post		33,37	8,58				
FLZ FIN Finanzielle Lage	prä	497	29,61	10,11	-9,91	496	0,00	0,51
	post		33,11	9,48				
FLZ EHE Ehe und Partnerschaft	prä	286	35,10	10,64	-4,81	285	0,00	0,45
	post		38,25	9,25				
FLZ KIN Bez. eig. Kinder	prä	229	35,60	8,98	-3,93	228	0,00	0,36
	post		37,82	8,48				
FLZ WOH Wohnung	prä	495	37,35	7,90	-5,41	494	0,00	0,33
	post		39,12	7,42				
FLZ SUM Allgemeine Zufriedenheit	prä	475	212,9	39,9	-18,29	474	0,00	1,04
	post		243,5	43,5				
FLZm Gesundheit	prä	300	2,50	1,21	-9,39	299	0,00	0,87
	post		3,21	1,10				
FLZm Hobbies	prä	301	2,71	1,10	-6,66	300	0,00	0,66
	post		3,21	1,05				
FLZm Beruf	prä	292	2,57	1,26	-5,63	291	0,00	0,53
	post		3,03	1,21				
FLZm Freunde	prä	300	3,11	1,15	-5,41	299	0,00	0,48
	post		3,49	1,09				
FLZm Partnerschaft/Sexualität	prä	299	2,76	1,34	-4,54	298	0,00	0,39
	post		3,14	1,38				
FLZm Familienleben	prä	295	3,16	1,24	-3,51	294	0,00	0,33
	post		3,44	1,14				
FLZm Wohnsituation	prä	302	3,55	1,17	-2,96	301	0,00	0,26
	post		3,76	1,06				
FLZm Einkommen	prä	301	3,02	1,30	-2,29	300	0,02	0,19
	post		3,19	1,27				
FLZm Gesamtzufriedenheit	prä	303	2,87	0,73	-9,06	302	0,00	0,84
	post		3,31	0,76				

6 DISKUSSION

6.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

6.1.1 *Vergleichbarkeit der vorliegenden Daten und Therapieeffekte*

Zunächst soll die Frage beantwortet werden, ob die hier berichteten Ergebnisse generalisierbar auf ambulante Psychotherapiepatienten sind. Sowohl die Prä-Werte in den verschiedenen Fragebögen als auch die Effektstärken in den symptombezogenen Maßen lassen darauf schließen, dass diese Frage mit Ja zu beantworten ist. Die Patienten der vorliegenden Stichprobe sind gleichermaßen belastet wie die Patienten der Normstichprobe. Die Effektstärken der Psychotherapieambulanz Braunschweig – bezogen auf die vergangenen fast 15 Jahre – liegen im bundesdeutschen Durchschnitt und bezogen auf Angstpatienten sogar über dem, was andere Psychotherapieambulanzen berichten. Die psychotherapeutischen Behandlungen der Braunschweiger Psychotherapieambulanz sind also hoch wirksam, zumindest bezogen auf die symptombezogenen Maße. Bezogen auf die Veränderung der Lebenszufriedenheit findet sich auch bei den Psychotherapieambulanzen das Bild, das in der Literatur zu finden ist: Es werden unterschiedliche Instrumente verwendet, die Lebenszufriedenheit wird gar nicht untersucht oder es wird sogar explizit auf deren Untersuchung verzichtet (z.B. in Mainz: Hiller et al., 2009).

6.1.2 *Lebenszufriedenheit vor Beginn der Therapie*

Psychotherapiepatienten sind vor der Therapie deutlich unzufriedener mit ihrem Leben als die Normalbevölkerung. Die Patienten liegen mehr als eine Standardabweichung unter dem Mittelwert der Deutschen. Dies verdeutlicht die Wichtigkeit des Themas: Veränderung der Lebenszufriedenheit durch ambulante Psychotherapie. Patienten haben eben nicht nur eine Panikstörung oder eine Soziale Phobie, sondern sind auch mit ihrem Leben insgesamt unzufrieden.

Bezogen auf das Alter lässt sich feststellen: Je jünger die Patienten sind, desto unzufriedener sind sie im Mittel. Dieser Trend zeichnet sich auch bei Fahrenberg et al.

(2000) ab, jedoch sind die Ergebnisse dort nicht signifikant. In der vorliegenden Arbeit ist die geringe Korrelation aber aufgrund der großen Stichprobe statistisch signifikant. Die Lebenszufriedenheit steigt vor allem ab dem 50. Lebensjahr deutlich an. Ein Unterschied zwischen den Geschlechtern kann nicht gefunden werden.

Durch die große Stichprobe mit einer erheblichen Bandbreite an Störungsbildern und Diagnosegruppen kommt es bei den Störungsbildern teilweise zu anderen Ergebnissen als bei Crits-Christoph et al. (2008). Dort werden die geringsten Zufriedenheitswerte im Störungsbild Depression gefunden. In der vorliegenden Arbeit sind jedoch die Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung am unzufriedensten, sobald man die komorbiden Störungen mit einbezieht. Besonders diese Patientengruppe wird oft erst durch ihre große Unzufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen für eine Psychotherapie motiviert, da Persönlichkeitsstörungen in der Regel Ich-synton sind. Der Therapieauftrag besteht in diesen Fällen oft genau darin, die Lebenszufriedenheit wieder zu steigern.

Interessant ist auch der deutliche Zusammenhang zwischen der Anzahl an Diagnosegruppen F1-F9 und der Lebenszufriedenheit. Je mehr Diagnosegruppen von Patienten erfüllt werden, desto unzufriedener sind diese mit ihrem Leben. Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung weisen oft weitere Störungen anderer Diagnosegruppen auf, sodass auch dieser Zusammenhang ihre niedrigen Zufriedenheitswerte mit ihrem Leben erklären kann. Schließt man die Komorbiditäten aus, sind wie bei Crits-Christoph et al. (2008) Depressive am unzufriedensten mit ihrem Leben.

Die Partnerschaft hat ebenfalls Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Patienten sind zufriedener, wenn sie in einer glücklichen Partnerschaft leben. Wohnen diese mit ihrem Partner auch noch zusammen, steigt die Zufriedenheit nochmals an. Leben die Patienten jedoch in einer unglücklichen Partnerschaft, gibt es keinen Unterschied in der Lebenszufriedenheit, egal ob die Paare zusammen leben oder nicht. Die Wichtigkeit einer glücklichen Partnerschaft für die Lebenszufriedenheit impliziert, Partnerschaftsqualität als Ansatzpunkt auch im Rahmen einer Psychotherapie zu nutzen. Allerdings hat nicht nur die Partnerschaft einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit, sondern umgekehrt hat auch die Lebenszufriedenheit einen Einfluss auf die Partnerschaft. So zeigen Lutz und Wein-

mann-Lutz (2006), dass die Lebenszufriedenheit (als ein Teil vieler Variablen) Scheidungen vorhersagen kann. Offenbar spielt hier die Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und Partnerschaftsqualität eine Rolle.

6.1.3 Veränderungen der Lebenszufriedenheit über den Therapieverlauf

Wie erwartet zeigt sich für die Veränderung der Lebenszufriedenheit durch Psychotherapie eine mittlere Effektstärke ($d=0.63$). Die Patienten werden also im Durchschnitt deutlich zufriedener durch die Therapie. Diese Verbesserung bleibt auch ein Jahr nach Beendigung der Therapie weitestgehend stabil. Die Größe des Effekts deckt sich mit den Angaben in der Literatur (Arch et al., 2012; Crits-Christoph et al., 2008; Elkin et al., 2006; Frisch et al., 2005; Rufer et al., 2010; Seligman et al., 2006; Telch et al., 1995; Vilhauer et al., 2012; Willutzki et al., 2011). Allerdings sind die Patienten auch nach Beendigung der Therapie noch unzufriedener als die Normalbevölkerung. Auch dieses Ergebnis deckt sich mit den Befunden aus anderen Studien (vgl. Angermeyer et al., 2002; Crits-Christoph et al., 2008) und ist ernüchternd. Die Patienten sind also im Durchschnitt auch nach der Therapie noch „klinisch bedeutsam unzufrieden“, wenn man diesen Wortgebrauch auf die Lebenszufriedenheitsmessung übertragen möchte. Möglicherweise hat auch die Chronifizierung der Störungsbilder und die Frustration aufgrund langer Wartezeiten einen negativen Einfluss. Wie würden die Ergebnisse aussehen, wenn Patienten direkten und schnellen Zugang zur Psychotherapie hätten und diesen auch entsprechend früh genug wahrnehmen würden? Eine weitere Erklärung wäre, dass Patienten in der Therapie Voraussetzungen und Fähigkeiten erwerben, die erst nach einiger Zeit die Lebenszufriedenheit steigern und dass dies möglicherweise sogar länger als ein Jahr dauert, bis diese sich auswirken (bspw. gesteigertes Selbstvertrauen oder die Fähigkeit, eine Partnerschaft einzugehen).

Die Verbesserung in der Lebenszufriedenheit über den Therapieverlauf mit einer mittleren Effektstärke ist für fast alle Störungsbilder und Diagnosegruppen gegeben. Tendenziell können größere Effekte erzielt werden, wenn zu Prä eine größere Unzufriedenheit besteht (z.B. bei den Persönlichkeitsstörungen oder der Depression). Eine große

Effektstärke bei der Behandlung der Depression wie bei Elkin et al. (2006) oder Crits-Christoph et al. (2008) kann in der vorliegenden Arbeit nicht gefunden werden. In beiden Studien werden jedoch Depressive ohne Komorbiditäten untersucht. Vermutlich hängt die Verbesserung der Lebenszufriedenheit aber nicht mit dem Störungsbild, sondern mit der Schwere der Störung zusammen. Dafür spricht der Zusammenhang der Lebenszufriedenheit mit der Anzahl an Diagnosegruppen. Je mehr Diagnosegruppen, desto unzufriedener sind die Patienten zu Beginn der Therapie, desto größer sind tendenziell aber auch die Therapieeffekte. Allerdings sind Patienten mit drei oder mehr Diagnosegruppen nach der Therapie etwa genauso wenig zufrieden wie Patienten ohne Komorbiditäten vor der Therapie.

6.1.4 Weitere Zusammenhänge

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl an Therapiesitzungen und der Veränderung der Lebenszufriedenheit. Gute Erfolge können auch mit wenigen Therapiestunden erzielt werden. Für einen Therapieerfolg sind scheinbar andere Einflüsse als die Anzahl an Therapiestunden relevant. Dies widerspricht den Ergebnissen von Crits-Christoph et al. (2008). Hier sind weitere Forschungsarbeiten erforderlich, um zu klären, wie es zu diesen Ergebnissen kommt.

Die Frage „Was kommt zuerst: Eine Verbesserung der Lebenszufriedenheit oder eine Verbesserung der symptombezogenen Maße?“ kann nicht abschließend beantwortet werden. Vielleicht geht die Veränderung auch Hand in Hand. Zur Untersuchung dieser Fragestellung wären mehrere Messzeitpunkte auch während der Therapie nötig. Schon Crits-Christoph et al. (2008) und Elkin et al. (2006) gehen dieser Frage nach und stellen fest, dass das Ausbleiben eines Beweises der kausalen Beziehung nicht bedeutet, dass es einen solchen kausalen Zusammenhang nicht gibt. Allerdings wären hochfrequente Messungen der Symptome und der Lebenszufriedenheit nötig, um zu untersuchen, welche dieser Variablen sich zuerst verbessert. Solche Studien zum Psychotherapieprozess sind aufwendig und müssten speziell auf diese Fragestellung ausgerichtet

sein. Festzuhalten bleibt jedoch, dass Psychotherapie einen positiven Einfluss auf beides, die Symptomatik und die Lebenszufriedenheit, hat.

6.1.5 Bereiche der Lebenszufriedenheit

Bezogen auf die einzelnen Bereiche der Lebenszufriedenheit lässt sich feststellen, dass nicht alle Lebensbereiche gleichermaßen durch die Therapie verändert werden. Wäre dies der Fall, so wäre die Verbesserung der Lebenszufriedenheit auch durch den Halo-Effekt zu erklären. Wie erwartet weisen Bereiche, die in der Person liegen, wie „Gesundheit“ oder „eigene Person“ große Verbesserungen ($d > 1.00$) auf. Bereiche, die außerhalb der Person liegen, wie „Wohnsituation“, werden hingegen in der Psychotherapie wenig thematisiert und weisen daher geringere Effekte ($d = 0.3$) auf. Hier wäre zu überlegen, ob nicht zu einer effektiven psychotherapeutischen Behandlung auch die Thematisierung von außerhalb der Person liegenden Bereichen wie die Zufriedenheit mit der Wohnsituation oder mit den Finanzen gehört.

Aber auch die Bereiche Familienleben, Ehe und Partnerschaft sowie Beziehung zu eigenen Kindern gehen mit einer geringen Verbesserung ($d < 0.5$) in der Zufriedenheit einher. Gerade im Bereich Familie und Partnerschaft, der in Braunschweig einen Forschungsschwerpunkt darstellt, gibt es bereits zahlreiche gut evaluierte Ansätze (z.B. Hahlweg & Baucom, 2008), die beschreiben, wie dieser wichtige Lebensbereich mit in die Therapie eingebunden werden kann.

6.2 Grenzen und Einschränkungen der Dissertation

Mit der vorliegenden Arbeit können einige Einschränkungen, die Crits-Christoph et al. (2008) in ihrer Studie benennen, beseitigt werden. Während in ihrer Studie eine kleine Stichprobe einer großen Vielfalt an Störungen und Therapieformen gegenübersteht, kann in der vorliegenden Arbeit auf eine große Stichprobe zurückgegriffen werden. Auch wird nur eine Therapieform angewandt, nämlich die kognitive Verhaltenstherapie. Deshalb ist es möglich, umfassende Aussagen über Diagnosegruppen und Störungsbilder

sowie über Komorbiditäten zu treffen. Mit der Verwendung des FLZ und FLZm wird die Lebenszufriedenheit außerdem spezifischer als bei Crits-Christoph et al. (2008) erfasst. Diese verwenden den QOLI, der jeden Lebenszufriedenheitsbereich mit nur jeweils einem Item abfragt.

Einschränkungen wie der große zeitliche Abstand und die geringe Anzahl an Messzeitpunkten können in der vorliegenden Dissertation allerdings nicht verbessert werden. Auch eine Kontrollgruppe gibt es in der vorliegenden Arbeit nicht. Als weitere Einschränkung der vorliegenden Arbeit ist zu erwähnen, dass der Datensatz aus mehreren Datenbanken zusammengeführt wurde. Dabei wurde teilweise auf Paper-Pencil, teilweise auf elektronische Fragebögen zurückgegriffen. Die Daten wurden sowohl aus bestehenden Akten als auch aus dem Computer-System herausgelesen. Unterschiedliche Personen mit unterschiedlichen Fragestellungen waren an der Auslese beteiligt. Dieses Vorgehen ist sehr fehleranfällig. Die Qualität der Daten muss damit hinterfragt werden. Dem geschuldet ist vermutlich die große Zahl an Dropouts und fehlenden Werten innerhalb einzelner Variablen. Selbst bei der Variable Alter, die zu den typischen Grundvariablen gehört, kommt es zu fehlenden Werten. Die Daten umfassen den Zeitraum seit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 und es wird deutlich, dass im Hinblick auf die Forschung immer noch Vieles verbesserungswürdig ist. Vor allem in der Anfangszeit, als Psychotherapieambulanzen mit geringen finanziellen Mitteln neu aufgebaut wurden, lagen die Prioritäten i.d.R. nicht in der Forschung. Für gute Forschung wird Geld benötigt, was an den Dropout-Zahlen deutlich wird. Seit der Einführung einer Qualitätsmanagement-Beauftragten in der Braunschweiger Psychotherapieambulanz stiegen die Rücklaufquoten für die FU-Messungen von 25% auf 60%. Die inzwischen eingeführten Fachaufsichten stellen nunmehr die Vollständigkeit der Daten sicher. Qualität gibt es nicht umsonst, Qualitätssicherung aber auch nicht.

6.3 Ausblick

Deutlich wird, dass die Therapieeffekte in symptombezogenen Maßen stets im hohen Bereich liegen (z.B. Grawe, Donati & Bernauer, 1994), die Effekte in den Lebenszu-

friedenheitsmaßen jedoch meist nur mittelgroß sind. Dieses Ergebnis lässt sich auch in der bestehenden Literatur (Arch et al., 2012; Crits-Christoph et al., 2008; Elkin et al., 2006; Frisch et al., 2005; Rufer et al., 2010; Seligman et al., 2006; Telch et al., 1995; Vilhauer et al., 2012; Willutzki et al., 2011) und in anderen Psychotherapieambulanzen finden. Es unterstreicht erneut, dass die Psychotherapeutenschaft – und hier vorrangig die KVT ausübende Therapeutenschaft (die meisten Studien beziehen sich hierauf) – in ihrer Arbeit immer noch zu wenig auf die Verbesserung der Lebenszufriedenheit abzielt. Warum sollte es nicht möglich sein, mit entsprechenden Interventionen und Therapieprogrammen neben der Verbesserung der Symptomatik auch eine Verbesserung der allgemeinen Lebenszufriedenheit zu erreichen? Die Arbeit von Bannik (2014) zielt genau darauf ab. Sie versucht, KVT und Positive Psychotherapie zusammenzuführen. Ihr Ziel ist es, nicht nur Symptome zu reduzieren, sondern auch aktiv Lebenszufriedenheit zu steigern.

Im Gegenzug dazu stellt sich jedoch die Frage, ob eine Psychotherapie mit dem Ziel verbesserter Lebenszufriedenheit noch als Krankenbehandlung gelten kann. Bei dieser Frage müssen die Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems mit in Betracht gezogen werden. Sozialrechtlich besteht das Ziel der Psychotherapie darin, krankheitswertige Symptomatik zu reduzieren. Das Psychotherapeutengesetz von 1999 (PsychThG) definiert Psychotherapie als „Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“. Besteht das Therapieziel nun darin, größere Lebenszufriedenheit zu erreichen, könnte eingewandt werden, dass es sich hierbei nicht um eine Krankenbehandlung, sondern nur um Wellness, Lifestyle oder Prävention handelt.

Nichtsdestotrotz ist die Lebenszufriedenheit ein wichtiger Teil jeder Psychotherapie. Im neuen DSM-5 sind viele Diagnosen durch eine verringerte Lebenszufriedenheit begründet. In der S3-Leitlinie zur Bipolaren Störung wird Lebenszufriedenheit als ein wichtiges Therapieziel aufgeführt (Pfennig et al., 2012). Bei chronischen psychischen Erkrankungen wie der Schizophrenie oder der chronischen Schmerzstörung ist Lebenszufriedenheit inzwischen ein wichtiges Therapieziel. Auch im Rahmen der Diskussion um eine gestufte ambulante psychotherapeutische Versorgung (Best & Schäfer, 2013), die

u.a. eine andauernde Begleitung chronisch kranker Patienten vorsieht, erhält das Therapieziel Lebenszufriedenheit eine besondere Relevanz.

An den Schnittstellen psychischer und somatischer Erkrankungen wie Bluthochdruck, Tinnitus oder Krebs wird dieses Konzept jedoch noch recht wenig verfolgt, während in der klassischen Medizin Lebenszufriedenheit schon lange als Outcome-Variable eingesetzt wird. Es wird Zeit, dass auch die Effektivität der Behandlung psychischer Störungen an der Steigerung der Lebenszufriedenheit gemessen wird.

Die Frage, ob Lebenszufriedenheit überhaupt als Outcome-Maß für Psychotherapie verwendet werden sollte, ist umstritten. Einige Forscher (z.B. Hiller et al., 2009) verwenden die Lebenszufriedenheit explizit nicht als Kriterium der Qualitätssicherung, da sie in den meisten Therapiestudien mittel bis hoch mit den Symptommaßen korreliert. Andere, wie auch der Verfasser dieser Arbeit, fordern hingegen explizit, im psychotherapeutischen Prozess auch das Augenmerk auf die Lebenszufriedenheit zu legen bzw. die Steigerung der Lebenszufriedenheit sogar als vorrangiges Ziel der Psychotherapie festzulegen (Fava, 1999; Frisch, 1998, 2006; Seligman, 2002, 2012; Seligman et al., 2005; Vilhauer et al., 2012; Walter, 2014). In der deutschsprachigen Literatur sind hier die Werke „Wohlbefinden fördern“ (Frank, 2010) und „Therapieziel Wohlbefinden“ (Frank, 2011) zu nennen.

Aus Sicht des Verfassers ist es notwendig, nicht nur in der Psychotherapie, sondern auch in der Forschung den Fokus stärker auf das Positive wie die Lebenszufriedenheit zu lenken. Allzu oft werden in der Therapie die Probleme und Defizite der Patienten fokussiert, anstatt ihre Stärken und Ressourcen aufzugreifen. Genau so sind in der Regel auch die verwendeten Fragebögen symptom- und problemorientiert anstatt stärken- und ressourcenorientiert. Würde sich die Psychotherapieforschung darauf einlassen, nicht nur symptomorientierte Fragebögen als Outcome-Maß für den Erfolg von Psychotherapien zu verwenden, würden daraus wichtige Erkenntnisse für den Psychotherapieprozess resultieren. Würden Psychotherapeuten in ihrer Arbeit nicht mehr nur symptomorientierte, sondern verstärkt auch ressourcenorientierte Fragebögen verwenden, würde der Fokus automatisch stärker weg von den Problemen der Patienten hin zu deren Stärken

gelenkt werden. Schon Grawe et al. (1994) benennen die Ressourcenaktivierung als einen bedeutsamen Wirkfaktor für den Erfolg von Psychotherapie. In der Therapie sollte daher stärker als bisher Lebenszufriedenheit in ihren verschiedenen Bereichen erfasst werden und explizit an der Verbesserung der Lebenszufriedenheit gearbeitet werden. Allerdings erscheint es nicht nötig, dies als eine neue Form der Psychotherapie zu bezeichnen. Vielmehr sollte das Repertoire eines Psychotherapeuten, der auf verschiedene Behandlungsbausteine wie Entspannungstraining, Aktivitätenaufbau, Konfrontation, etc. zurückgreift, um den Behandlungsbaustein Steigerung der Lebenszufriedenheit erweitert werden.

6.4 Weitere Forschungsvorhaben

Aus der vorliegenden Arbeit lassen sich weitere Forschungsvorhaben ableiten. So konnten in der Literatur keine Normwerte für psychisch Kranke der beiden Lebenszufriedenheitsmaße FLZ und FLZm gefunden werden. Mit dem vorliegenden Datensatz wäre eine große Normstichprobe gegeben, um Vergleichswerte für psychisch Kranke zu generieren. Dies war zwar nicht Teil der Dissertation, wäre aber in einer zukünftigen Arbeit durchaus denkbar. Spannend sind außerdem die Ergebnisse in Hinblick auf den Zusammenhang zwischen der Anzahl an Komorbiditäten und der Veränderung der Lebenszufriedenheit. Die Effekte sind hier so groß, dass diesbezüglich weitere Forschung sicher interessant wäre.

Darüber hinaus bleibt die Frage nach der Wirkweise von Psychotherapie: Was kommt im psychotherapeutischen Prozess zuerst: die Verbesserung der Lebenszufriedenheit oder die Verbesserung der symptombezogenen Maße? Zur Erforschung dieser Frage wären mehrere Messzeitpunkte mit Zufriedenheitsmessungen und symptombezogenen Messungen über den Therapieverlauf hinweg nötig.

Denkbar wäre auch ein Vergleich von KVT mit anderen Therapieformen im Hinblick auf die Entwicklung von Lebenszufriedenheit. Eine Besonderheit der KVT ist die Veränderung der Zuschreibungen oder der Bewertungen der Patienten. Da die Lebenszufriedenheit ein höchst subjektives Maß ist, das maßgeblich durch Bewertungen beeinflusst wird,

könnten durch KVT möglicherweise bessere Effekte erzielt werden als durch andere Therapieverfahren oder durch eine medikamentöse Behandlung.

Bei der Frage nach Möglichkeiten, die Lebenszufriedenheit zu steigern, stellt sich umgekehrt auch die Frage, wie Lebensunzufriedenheit reduziert wird. Darauf nehmen vermutlich ganz unterschiedliche Faktoren Einfluss. Durch die Resilienzforschung konnte gezeigt werden, dass objektiv ungünstige Lebensbedingungen oder Belastungen nicht per se einen negativen Einfluss auf die Entwicklung der Lebenszufriedenheit haben, sondern sich zum Teil sogar stärkend und die Entwicklung fördernd auswirken können. Spannend wäre also sicherlich, solche die Lebenszufriedenheit bzw. die Lebensunzufriedenheit beeinflussenden Faktoren zu identifizieren.

Da Lebensunzufriedenheit im Sinne eines multikausalen Ätiologiemodells einen Nährboden für alle psychischen Störungen darstellt, wäre auch ein präventiver Ansatz denkbar. Wenn durch Therapieprozessforschung Kausalitäten und Zusammenhänge hinsichtlich der Frage, ob eine größere Lebensunzufriedenheit die Anfälligkeit für (Wieder-) Erkrankungen steigert, gefunden würden, ließe sich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe daraus ableiten.

Dass der Wunsch nach Lebenszufriedenheit sowohl in der Normalbevölkerung als auch in der klinischen Population besteht, bestätigt der reißende Absatz populärwissenschaftlicher Literatur zum Thema Glück und Zufriedenheit.

Am 5. November 2013 titelte die Braunschweiger Zeitung „Niedersachsen sind besonders glücklich“ und bezog sich dabei auf die neusten Umfragewerte zur Lebenszufriedenheit der Deutschen. Niedersachsen landete dabei mit 7,1 Punkten auf Platz 3 im deutschlandweiten Vergleich. Sicherlich hat die Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig durch die dort angebotene Verhaltenstherapie ihren Teil dazu beigetragen.

7 LITERATUR

- Alptekin, K., Akvardar, Y., Akdede, B.B., Dumlu, K., Dogan, I., Pirincci, K. et al. (2005). Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 29, 239-244.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2001). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30 (2), 138-139.
- Angermeyer, M.C., Holzinger, A., Matschinger, H. & Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and quality of life: Results of a follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 189-199.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D. & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for mixed Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 80 (5), 750-765.
- Arpawong, T. E., Richeimer, S. H., Weinstein, F., Elghamrawy, A. & Milam, J. E. (2012). Posttraumatic growth, quality of life, and treatment symptoms among cancer chemotherapy outpatients. *Health Psychology*, 32 (4), 397-408.
- Badr, H., Carmack, C.L., Kashy, D.A., Cristofanilli, M. & Revenson, T.A. (2010). Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 29, 169-180.
- Ballenger, J. C., Burrows, G. D., DuPont, R. L., Jr., Lesser, I. M., Noyes, R., Jr., Pecknold, J. C. et al. (1988). Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: Results from a multicenter trial. *Archives of General Psychiatry*, 45, 413-422.
- Bannik, F. (2014). *Praxisbuch Positive KVT: Ein integratives lösungsorientiertes Konzept*. Weinheim: Beltz.
- Baumschlager, D., Haas-Krammer, A. & Rothenhäusler, H.B. (2011). Emotionale Befindlichkeit, kognitive Leistungsfähigkeit und Lebensqualität bei HIV-Patienten: Ergebnisse einer explorativen Untersuchung. *Nervenarzt*, 82, 902-909.
- Becker, S., Kruse, A., Schröder, J. & Seidl, U. (2005). Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei demenzzkranken Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38, 108-121.
- Best, D. & Schäfer, S. (2013). Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. *Psychotherapie aktuell*, 4, 16-19.
- Böcking, D. (2012). *Wirtschaftskraft und Wohlstand: Neue Zahlen braucht das Land*. Zugriff am 17.08.2012 unter <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/wie-misst-man-wohlstand-kritik-am-bruttoinlandsprodukt-bip-a-824877.html>
- Böhnke, P. (2010). Ost-Glück versus West-Glück. In P. Krause & I. Ostner (Hrsg.), *Leben in Ost- und Westdeutschland. Eine Sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990-2010* (S. 695-708). Frankfurt am Main: Campus.
- Bonicatto, S.C., Dew, M.A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. & Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: Worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social Science and Medicine*, 52, 911-919.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36: Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Carrera, M., Herrán, A., Ayuso-Mateos, J., Sierra-Biddle, D., Ramirez, M.L., Ayestarán, A. et al. (2006). Quality of life in early phases of panic disorder: Predictive factors. *Journal of Affective Disorders*, 94, 127-34.

- Chopra, I. & Kamal, K.M. (2012). A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:14. Zugriff am 23.10.2012 unter <http://www.hqlo.com/content/10/1/14>
- Crits-Christoph, P., Connolly-Gibbons, M. B., Ring-Kurtz, S., Gallop, R., Stirman, S., Present, J. et al. (2008). Changes in positive quality of life over the course of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 419-430.
- Daig, I., Herschbach, P., Lehmann, A., Knoll, N. & Decker, O. (2009). Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: A general population survey from Germany. *Quality of Life Research*, 18, 669-678.
- Daig, I., Spangenberg, L., Henrich, G., Herschbach, P., Kienast, T. & Brähler, E. (2011). Alters- und geschlechtsspezifische Neunormierung der Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZM) für die Altersspanne von 14 bis 64 Jahre. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40 (3), 172-178.
- De Vries, J. & van Heck, G.L. (1997). The World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL-1000): Validation study with the Dutch version. *European Journal of Psychological Assessment*, 13, 164-78.
- Destatis (2012). *Wie misst man Wohlstand?* Zugriff am 17.08.2012 unter https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VGR/Aktuell_Wohlstand.html
- Dichter, M., Bartholomeyczik, S., Nordheim, J., Achterberg, W. & Halek, M. (2011). Validity, reliability, and feasibility of a quality of life questionnaire for people with dementia. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 44 (6), 405-410.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dizon, D.S. (2009). Quality of life after breast cancer: Survivorship and sexuality. *Breast Journal*, 15, 500-504.
- Dombrowski, A.Y., Lenze, E.J., Dew, M.A., Mulsant, B.H., Pollock, B. G., Houck, P.R. et al. (2005). Maintenance treatment for old-age depression preserves health-related quality of life: A randomized, controlled trial of paroxetine and interpersonal psychotherapy. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 1325-1332.
- Eack, S.M. & Newhill, C.E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (5), 1225-1237.
- Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (2001). *AKV-Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Elkin, I., Ainbinder, A., Park, S. & Yamaguchi, J. (2006). Positive aspects of patients' state: A measure for assessing outcome and predicting follow-up of treatment for depression. *Psychotherapy Research*, 16, 547-561.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W. & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29, 321-326.
- Engel, S.G., Wittrock, D.A., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Mitchell, J.E. & Kolotkin, R.L. (2006). Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 62-71.
- EuroQol Group (1990). EuroQol: A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ): Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Fava, G.A. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-179.

- Fava, G.A. & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 45-63.
- Flachenecker, P., Vogel, U., Simeoni, M.C., Auquier, P. & Rieckmann, P. (2011). MusiQol: Internationaler Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität bei Multipler Sklerose. *Nervenarzt*, 82, 1281-1289.
- Frank, R. (2010). *Wohlbefinden fördern: Positive Therapie in der Praxis*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Frank, R. (2011). *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Franke, G.H. (2002). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis*. Göttingen: Hogrefe.
- Frisch, M.B. (1994a). *Manual and treatment guide for the Quality of Life Inventory*. Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
- Frisch, M.B. (1994b). *Quality of Life Inventory (QOLI)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Frisch, M.B. (1998). Quality of life therapy and assessment in health care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 19-40.
- Frisch, M.B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Frisch, M.B., Clark, M. P., Rouse, S. V., Rudd, M. D., Paweleck, J. K., Greenstone, A. et al. (2005). Predictive and treatment validity of life satisfaction and the Quality of Life Inventory. *Assessment*, 12, 66-78.
- Frisch, M.B., Cornell, J., Villanueva, M. & Retzlaff, P.J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Fujimaki, K., Morinobu, S., Yamashita, H., Takahashi, T. & Yamawaki, S. (2012). Predictors of quality of life in inpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 197 (3), 199-205.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324, 1417-1421.
- Gladis, M.M., Gosch, E.A., Dishuk, N.M. & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 320-331.
- Goetzmann, L., Scholz, U., Dux, R., Roellin, M., Boehler, A., Muellhaupt, B. et al. (2012). Life Satisfaction and Burnout among Heart, Lung, Liver, and Kidney transplant patients and their spouses. *Swiss Journal of Psychology*, 71 (3), 125-134.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, J. (2006). *Ergebnisse der Glücksforschung und was Regionen davon lernen können*. SERI Background Paper No. 10, Zugriff am 31.10.2013 unter <http://seri.at/wp-content/uploads/2009/08/SERI-BP101.pdf>
- Hadjar, A. & Berger, J. (2010). Lebenszufriedenheit im Zeitverlauf in Ost- und Westdeutschland. In P. Krause & I. Ostner (Hrsg.), *Leben in Ost- und Westdeutschland. Eine Sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990-2010* (S. 709-726). Frankfurt am Main: Campus.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K. & Baucom, D. (2008). *Partnerschaft und Psychische Störung. Fortschritte der Psychotherapie, Band 34*. Göttingen: Hogrefe.

- Hampel, P. & Moergel, M.F. (2009). Schmerzchronifizierung bei Rückenschmerzpatienten in der stationären Rehabilitation. *Der Schmerz*, 23, 154-165.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Das Beck-Depressionsinventar*. Bern: Huber.
- Heinisch, M., Ludwig, M. & Bullinger, M. (1991). Psychometrische Testung der „Münchener Lebensqualitäts-Dimensionen Liste (MLDL)“. In M. Bullinger, M. Ludwig & N. von Steinbüschel (Hrsg.), *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen* (S. 73–90). Göttingen: Hogrefe.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000a). Questions on life satisfaction (FLZM) - A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 150-159.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000b). Fragen zur Lebenszufriedenheit: FLZM. In U. Ravens-Sieberger & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung und Gesundheitsökonomie in der Medizin* (S. 98-110). Landsberg: Ecomed.
- Hiller, W., Bleichhardt, G. & Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57 (1), 7-22.
- Hinz, A., Stöbel-Richter, Y. & Brähler, E. (2001). Der Partnerschaftsfragebogen (PFB). *Diagnostica*, 47, 132-141.
- Hou, S.Y., Yen, C.F., Huang, M.F. Wang, P.W. & Yeh, Y.C. (2010). Quality of life and its correlates in patients with obsessive-compulsive disorder. *Kaohsiung J Med Sci*, 26, 397-407.
- Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J. & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine*, 15, 221-229.
- IsHak, W.W., Brown, K., Aye, S.S., Kahloon, M., Mobaraki, S. & Hanna, R. (2012). Health-related quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 14, 6-18.
- Jakobsen, J.C., Hansen, J.L., Storebo, O.J., Simonsen, E. & Gluud, C. (2011). The effects of cognitive therapy versus 'no intervention' for major depressive disorder. *Psychotherapy*, 45 (4), 419-430.
- Kahneman, D. (2012). *Schnelles Denken, langsames Denken* (7. Aufl.). München: Siedler Verlag.
- Knabe, A., Rätzl, S., Schöb, R. & Weimann, J. (2010). Dissatisfied with life but having a good day: Time-use and well-being of the unemployed. *The Economic Journal*, 120, 867-889. doi: 10.1111/j.1468-0297.2009.02347.
- Krause, P. & Ostner, I. (2010). *Leben in Ost- und Westdeutschland. Eine Sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990-2010*. Frankfurt am Main: Campus.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 7-12). Heidelberg: Springer.
- Lutz, W., & Weinmann-Lutz, B. (2006). Wie gut können Scheidungen vorhergesagt werden? *Zeitschrift für Psychologie*, 214 (3), 161-171.
- Manos, M.J. (2010). Nuances of assessment and treatment of ADHD in adults: A guide for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41 (6), 511-517.
- Martin, M., Schneider, R., Eicher, S. & Moor, C. (2012). The Functional Quality of Life (fQOL)-model: A new basis for quality of life enhancing interventions in old age. *Gerontopsychology*, 25 (1), 33-40.
- McCall, S. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*, 2, 229-248.
- Mendlowicz, M.V. & Stein, M.B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.

- Moritz, S. (2008). A Review on Quality of Life and Depression in Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrums*, 13 (9), 16-22.
- Noll, H.H. & Weick, S. (2010). Subjektives Wohlbefinden in Ost- und Westdeutschland: Empirische Befunde und politische Implikationen. In P. Krause & I. Ostner (Hrsg.), *Leben in Ost- und Westdeutschland. Eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990-2010* (S. 727-750). Frankfurt am Main: Campus.
- Núñez, D.G., Rufer, M., Leenen, K., Majohr, K.L., Grabe, H. & Jenewein, J. (2010). Lebensqualität und alexithyme Merkmale bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung. *Schmerz*, 24, 62-68.
- Pfaff, T. (2011). *Das Bruttonationalglück aus ordnungspolitischer Sicht - eine Analyse des Wirtschafts- und Gesellschaftssystems von Bhutan*, RatSWD Working Paper 182, Zugriff am 17.08.2012 unter www.ratswd.de/download/RatSWD_WP_2011/RatSWD_WP_182.pdf
- Pfennig, A., Bschor, T., Baghai, T., Bräunig, P., Brieger, P., Falkai, P. et al. (2012). S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen: Entwicklungsprozess und wesentliche Empfehlungen (Leitthema). *Der Nervenarzt*, 83 (5), 568-586.
- Pichler, R. (2011, 12. Januar). *Wir wollen weg vom Wachstumsglauben*. Badische Zeitung.
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R. & Endicott, J. (2005). Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1171-1178.
- Röbig, E. (2011). *Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisqualität in der Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig*. Unveröffentlichte Dissertation, Technische Universität Braunschweig.
- Rodrigue, J.R., Dimitri, N., Reed, A., Antonellis, T., Hanto, D.W. & Curry, M. (2011). Quality of life and psychosocial functioning of spouse/partner caregivers before and after liver transplantation. *Clinical Transplantation*, 25, 239-247.
- Rufer, M., Albrecht, R., Schmidt, O., Zaum, J., Schnyder, U., Hand, I. et al. (2010). Changes in quality of life following cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. *European Psychiatry*, 25, 8-14.
- Schäfers, M. (2008). *Lebensqualität aus Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Scheub, U. (2009, 5./6. Dezember). *Wir steigern das Bruttonationalglück*. TAZ, S. 20-21.
- Schmidt, S., Brähler, E., Petermann, F. & Koglin, U. (2012). Komorbide Belastungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 15-26.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Segrin, C., Badger, T.A. & Harrington, J. (2012). Interdependent psychological quality of life in dyads adjusting to prostate cancer. *Health Psychology*, 31 (1), 70-79.
- Seligman, M.E.P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P. (2012). *Flourish – wie Menschen Aufblühen*. München: Kösel-Verlag.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T. & Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.
- Seligman, M.E.P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.

- Sheehan, D. V. (1983). *The anxiety disease*. New York: Scribners.
- Sobocki, P., Ekman, M., Agren, H., Krakau, I., Runeson, B., Martensson, B. et al. (2007). Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health*, 10, 153-60.
- Spiegel Online (2012). *Wo in Deutschland das Glück wohnt*. Zugriff am 12.09.2012 unter <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/gluecksatlas-2012-wie-zufrieden-sind-die-deutschen-a-855158.html>
- Staeck, F. (2013, 21. Dezember). Lebensqualität – die Sicht der Ökonomen. *ÄrzteZeitung*, S. 11.
- Telch, M.J., Schmidt, N.B., Jaimez, L., Jacquin, K.M. & Harrington, P.J. (1995). Impact of cognitive behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 823-830.
- Terhune, K. W. (1973). *Probing policy relevant questions on the quality of life. The Quality of Life Concept*. Washington: Environmental protection agency.
- Tomotake, M. (2011). Quality of life and its predictors in people with schizophrenia. *Journal of Medical Investigation*, 58, 167-174.
- Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D., Van Heck, G.L., Hodiamont, P.P. & De Vries, J. (2006). The WHO Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Investigating its discriminant ability for psychiatric outpatients. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 207-215.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Vilhauer, J. S., Young, S., Kealoha, C., Borrmann, J., IsHak, W. W., Rapaport, M. H. et al. (2012). Treating major depression by creating positive expectations for the future: A pilot study for the effectiveness of future directed therapy (FDT) on symptom severity and quality of life. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 18, 102-109.
- Walter, H. (2014). Psychologie des Positiven. *Nervenheilkunde*, 33, 286-294.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide*. Boston: New England, Medical Center.
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Thompson, W. D., Harding, P. S. & Myers, J. K. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 766, 317-326.
- Wikipedia (2012). *Lebensqualität*. Zugriff am 21.07.2012 unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Lebensqualität%C3%A4t>
- Wildes, J.E. & Marcus, M.D. (2011). Development of Emotion Acceptance Behavior Therapy for Anorexia Nervosa: A Case Series. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 421-427.
- Willutzki, U., Teismann, T. & Schulte, D. (2011). Zur Psychotherapie sozialer Ängste Veränderungen des Wohlbefindens bei kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert-ressourcen-orientierten Vorgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40 (1), 53-58.
- Wittrock, P. (2011). *Wachstum und Wohlstand: Deutschlands Politiker suchen das Glück*. Zugriff am 17.08.2012 unter <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/wachstum-und-wohlstand-deutschlands-politiker-suchen-das-glueck-a-740032.html>
- Wulff, W. (2007). *Das Lebensqualitätsparadoxon als Ausdruck des Verhältnisses zwischen übergreifender und gesundheitsbezogener Lebensqualität: Eine Untersuchung bei HIV- und Lymphompatienten*. Unveröffentlichte Dissertation, Medizinische Hochschule Hannover.

8 ANHANG

Tabelle A.1

Soziodemographische Variablen: Verlaufsdatensatz Prä-Post (N=797)

Variable	Untergruppe	Anzahl (n)	Anteil zum Gesamt- datensatz (%)	Anteil zu vor- handenen Daten (%)
Geschlecht	Weiblich	499	62,6	62,6
	Männlich	298	37,4	37,4
	Fehlende Werte	0	0,0	
Alter	18-29	224	28,1	28,2
	30-39	225	28,2	28,4
	40-49	192	24,1	24,2
	50-59	118	14,8	14,9
	60 und älter	34	4,3	4,3
	Fehlende Werte	4	0,5	
Familienstand	Verheiratet	278	34,9	37,4
	In Partnerschaft (zusammen le- bend)	103	12,9	13,9
	ledig (ohne Partnerschaft)	212	26,6	28,5
	In Partnerschaft (getrennt lebend)	90	11,3	12,1
	Geschieden/verwitwet	60	7,5	8,1
	Fehlende Werte	54	6,8	
Anzahl der Kinder	Keine Kinder	380	47,7	54,9
	Eins	132	16,6	19,1
	Zwei	127	15,9	18,4
	Drei und mehr	53	6,6	7,7
	Fehlende Werte	105	13,2	
Schulabschluss	Hauptschulabschluss	144	18,1	20,9
	Realschulabschluss	234	29,4	34,0
	Abitur/Fachabitur	175	22,0	25,4
	Hochschul-/FH-Abschluss	136	17,1	19,7
	Fehlende Werte	108	13,6	
Berufstätigkeit	Angestellter/Beamter	311	39,0	49,7
	Arbeiter/Facharbeiter	91	11,4	14,5
	Arbeitslos	77	9,7	12,3
	In Ausbildung/Umschulung	59	7,4	9,4
	Hausfrau/Hausmann	23	2,9	3,7
	Erwerbsunfähig	17	2,1	2,7
	Rentner	23	2,9	3,7
	Selbstständig/Freiberuflich	25	3,1	4,0
	Fehlende Werte	171	21,5	

Tabelle A.2

Verteilung der Diagnosen: Verlaufsdatensatz Prä-Post (N=797)

Diagnose- gruppe	Störungsbild	Anzahl (n)	Anteil zum Gesamt- datensatz (%)	Anteil zu vorhandenen Daten (%)
F0		0	0,0	0,0
F1		40	5,0	5,2
F2		19	2,4	2,5
F3 ohne F4		177	22,2	22,9
	Depression/Dysthymie	415	52,1	53,7
F3 und F4		249	31,2	32,2
F4 ohne F3		297	37,3	38,4
	Agoraphobie/Panik	195	24,5	25,2
	Generalisierte Angst	36	4,5	4,7
	Zwangsstörung	63	7,9	8,2
F5		75	9,4	9,7
F6		108	13,6	14,0
	Borderline/Impulsiv	22	2,8	2,8
F7		4	0,5	0,5
F8		2	0,3	0,3
F9		6	0,8	0,8
Diagnose fehlt		26	3,3	

Anmerkungen. F0=Alle Diagnosen der ICD-10, die mit F0 beginnen (F1-F9 entsprechend); F3 ohne F4=Alle Diagnosen die mit F3 beginnen ohne dass dabei eine komorbide Diagnose, die mit F4 beginnt, vorliegt (F4 ohne F3 entsprechend); F3 und F4=Es liegt sowohl eine Diagnose, die mit F3 beginnt, als auch eine Diagnose, die mit F4 beginnt, vor. Mehrfachnennungen bei komorbiden Störungen möglich.

Tabelle A.3

Soziodemographische Variablen: Verlaufsdatensatz Prä-Post-FU (N=252)

Variable	Untergruppe	Anzahl (n)	Anteil zum Gesamt- datensatz (%)	Anteil zu vor- handenen Daten (%)
Geschlecht	Weiblich	165	65,5	65,5
	Männlich	87	34,5	34,5
	Fehlende Werte	0	0,0	
Alter	18-29	67	26,6	26,6
	30-39	73	29,0	29,0
	40-49	60	23,8	23,8
	50-59	41	16,3	16,3
	60 und älter	11	4,4	4,4
	Fehlende Werte	0	0,0	
Familienstand	Verheiratet	94	37,3	39,5
	In Partnerschaft (zusammen le- bend)	37	14,7	15,5
	Ledig (ohne Partnerschaft)	55	21,8	23,1
	In Partnerschaft (getrennt lebend)	30	11,9	12,6
	Geschieden/verwitwet	22	8,7	9,2
	Fehlende Werte	14	5,6	
Anzahl der Kinder	Keine Kinder	132	52,4	56,4
	Eins	45	17,9	19,2
	Zwei	39	15,5	16,7
	Drei und mehr	18	7,1	7,7
	Fehlende Werte	18	7,1	
Schulabschluss	Hauptschulabschluss	47	18,7	20,9
	Realschulabschluss	77	30,6	34,2
	Abitur/Fachabitur	56	22,2	24,9
	Hochschul-/FH-Abschluss	45	17,9	20,0
	Fehlende Werte	27	10,7	
Berufstätigkeit	Angestellter/Beamter	107	42,5	50,2
	Arbeiter/Facharbeiter	33	13,1	15,5
	Arbeitslos	22	8,7	10,3
	In Ausbildung/Umschulung	20	7,9	9,4
	Hausfrau/Hausmann	6	2,4	2,8
	Erwerbsunfähig	8	3,2	3,8
	Rentner	10	4,0	4,7
	Selbstständig/Freiberuflich	7	2,8	3,3
	Fehlende Werte	39	15,5	

Tabelle A.4

Verteilung der Diagnosen: Verlaufsdatensatz Prä-Post-FU (N=252)

Diagnose- gruppe	Störungsbild	Anzahl (n)	Anteil zum Gesamt- datensatz (%)	Anteil zu vorhandenen Daten (%)
F0		0	0,0	0,0
F1		10	4,0	4,1
F2		7	2,8	2,8
F3 ohne F4		55	21,8	22,4
	Depression/Dysthymie	132	52,4	53,7
F3 und F4		81	32,1	32,9
F4 ohne F3		101	40,1	41,1
	Agoraphobie/Panik	72	28,6	29,3
	Generalisierte Angst	9	3,6	3,7
	Zwangsstörung	25	9,9	10,2
F5		27	10,7	11,0
F6		37	14,7	15,0
	Borderline/Impulsiv	7	2,8	2,8
F7		2	0,8	0,8
F8		0	0,0	0,0
F9		1	0,4	0,4
Diagnose fehlt		6	2,4	

Anmerkungen. F0=Alle Diagnosen der ICD-10, die mit F0 beginnen (F1-F9 entsprechend); F3 ohne F4=Alle Diagnosen die mit F3 beginnen ohne dass dabei eine komorbide Diagnose, die mit F4 beginnt, vorliegt (F4 ohne F3 entsprechend); F3 und F4=Es liegt sowohl eine Diagnose, die mit F3 beginnt, als auch eine Diagnose, die mit F4 beginnt, vor. Mehrfachnennungen bei komorbiden Störungen möglich.

Tabelle A.5

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), statistischen Kennwerte und Effektstärken (Cohens d) ausgewählter soziodemographischer Variablen und Fragebögen zu Prä: Vergleich Dropouts (nur Prä- und Post-Messung vorhanden, N=545) und Completer (Prä-, Post- und FU-Messung vorhanden, N=252)

		N	M	SD	T	df	X ²	p	d
Geschlecht	Dropouts	545	0,61	0,49			1,29	0,26	0,09
	Completer	252	0,65	0,48					
Alter	Dropouts	541	37,9	12,0	-0,75	791		0,45	0,06
	Completer	252	38,6	12,1					
Schulabschluss	Dropouts	472	2,40	1,07			0,77	0,94	0,02
	Completer	227	2,42	1,05					
Dauer Partnerschaft	Dropouts	91	11,6	10,3	-1,23	133		0,22	0,20
	Completer	72	13,9	13,0					
Anzahl der Kinder	Dropouts	458	0,84	1,16	0,62	690		0,54	-0,05
	Completer	234	0,79	1,08					
GSI	Dropouts	543	1,08	0,64	1,39	553		0,16	-0,10
	Completer	252	1,01	0,56					
BDI	Dropouts	541	17,7	9,8	0,98	790		0,33	-0,08
	Completer	251	17,0	9,3					
FLZ	Dropouts	545	-1,29	1,16	-0,47	795		0,64	0,04
	Completer	252	-1,25	1,12					
ACQ	Dropouts	231	2,03	0,67	2,57	297		0,01	-0,28
	Completer	127	1,86	0,57					
BSQ	Dropouts	215	2,64	0,79	1,57	336		0,12	-0,18
	Completer	123	2,50	0,79					
MI begleitet	Dropouts	218	1,85	0,81	1,69	334		0,09	-0,20
	Completer	118	1,70	0,74					
MI allein	Dropouts	217	2,40	0,99	1,04	334		0,30	-0,12
	Completer	119	2,28	1,00					
PFB	Dropouts	96	54,5	17,2	-0,16	164		0,87	0,03
	Completer	70	54,9	15,5					

Anmerkungen. GSI=Global Severity Index; BDI=Gesamtwert im Beck-Depressions-Inventar; FLZ=Lebenszufriedenheit; PFB=Gesamtwert im Partnerschaftsfragebogen; ACQ=Gesamtwert im Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen; BSQ=Gesamtwert im Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen; MI begleitet=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar in Begleitung; MI allein=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar allein.

Tabelle A.6

Korrelationen nach Pearson (r) zwischen der Lebenszufriedenheit und den Fragebögen zu Prä

	N	r	p
GSI	1849	-0,55	0,00
BDI	1983	-0,63	0,00
ACQ	760	-0,31	0,00
BSQ	716	-0,27	0,00
MI begleitet	716	-0,16	0,00
MI allein	718	-0,21	0,00
PFB	448	0,32	0,00

Tabelle A.7

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Fragebögen zu Prä im Vergleich zu den Normstichproben Gesunder und Patienten: Verlaufsdatensatz Prä-Post (N=797)

	Anzahl (n)	M	SD	Vergleichsstichproben M (SD)	
				Gesunde	Patienten
GSI	795	1,06	0,62	0,38 (0,39)	1,22 (0,59)*
BDI	792	17,52	9,63	6,45 (5,20)	16,05 (8,83)
FLZ	500	212,8	40,1	256,6 (34,3)	---
FLZm	297	2,95	0,70	3,76 (0,64)	---
ACQ	358	1,97	0,64	1,32 (0,32)	2,19 (0,63)
BSQ	338	2,59	0,79	1,65 (0,51)	2,74 (0,73)
MI begleitet	336	1,79	0,79	1,22 (0,35)	2,21 (0,90)
MI allein	336	2,36	0,99	1,45 (0,48)	3,03 (1,09)
PFB	166	54,68	16,46	65,0 (11,0)	44,0 (16,0)**

Anmerkungen. GSI=Global Severity Index; BDI=Gesamtwert im Beck-Depressions-Inventar; FLZ=Fragebogen zur Lebenszufriedenheit; FLZm=Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – Module; ACQ=Gesamtwert im Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen; BSQ=Gesamtwert im Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen; MI begleitet=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar in Begleitung; MI allein=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar allein; PFB=Gesamtwert im Partnerschaftsfragebogen; Die Vergleichsstichproben sind aus den jeweiligen Normtabellen der Handanweisungen der Fragebogen entnommen (Literaturangaben siehe Text). *Stichprobe Depressiver; **Stichprobe Paare in Eheberatung.

Tabelle A.8

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Fragebögen zu Prä im Vergleich zu den Normstichproben Gesunder und Patienten: Verlaufsdatensatz Prä-Post-FU (N=252)

	Anzahl (n)	M	SD	Vergleichsstichproben M (SD)	
				Gesunde	Patienten
GSI	252	1,01	0,56	0,38 (0,39)	1,22 (0,59)*
BDI	251	17,03	9,28	6,45 (5,20)	16,05 (8,83)
FLZ	178	212,23	38,58	256,59 (34,26)	---
FLZm	74	3,04	0,71	3,76 (0,64)	---
ACQ	127	1,86	0,57	1,32 (0,32)	2,19 (0,63)
BSQ	123	2,50	0,79	1,65 (0,51)	2,74 (0,73)
MI begleitet	118	1,70	0,74	1,22 (0,35)	2,21 (0,90)
MI allein	119	2,28	1,00	1,45 (0,48)	3,03 (1,09)
PFB	70	54,92	15,46	65,0 (11,0)	44,0 (16,0)**

Anmerkungen. GSI=Global Severity Index; BDI=Gesamtwert im Beck-Depressions-Inventar; FLZ=Fragebogen zur Lebenszufriedenheit; FLZm=Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – Module; ACQ=Gesamtwert im Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen; BSQ=Gesamtwert im Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen; MI begleitet=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar in Begleitung; MI allein=Gesamtwert im Mobilitäts-Inventar allein; PFB=Gesamtwert im Partnerschaftsfragebogen; Die Vergleichsstichproben sind aus den jeweiligen Normtabellen der Handanweisungen der Fragebogen entnommen (Literaturangaben siehe Text). *Stichprobe Depressiver; **Stichprobe Paare in Eheberatung.

Tabelle A.9

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Prä-Post-Effektstärken (d) für alle verwendeten Fragebögen: Gesamtstichprobe

		N	M	SD	d
GSI	prä	770	1,06	0,62	-0,86
	post	770	0,56	0,53	
BDI	prä	805	17,60	9,68	-0,97
	post	805	8,77	8,52	
FLZ	prä	797	-1,27	1,14	0,64
	post	797	-0,51	1,26	
ACQ	prä	287	1,98	0,60	-0,82
	post	287	1,54	0,47	
BSQ	prä	269	2,61	0,76	-0,94
	post	269	1,92	0,70	
MI begleitet	prä	262	1,82	0,79	-0,70
	post	262	1,35	0,53	
MI allein	prä	261	2,44	0,99	-0,94
	post	261	1,65	0,67	
PFB	prä	110	55,93	16,26	0,09
	post	110	57,33	14,25	

Tabelle A.10

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Prä-Post-Effektstärken (d) für alle verwendeten Fragebögen: Stichprobe Depressiver ohne Komorbiditäten

		N	M	SD	d
GSI	prä	92	1,01	0,57	-0,77
	post	92	0,58	0,54	
BDI	prä	100	19,09	9,23	-1,07
	post	100	9,55	8,56	
FLZ	prä	102	-1,31	1,06	0,73
	post	102	-0,45	1,31	
ACQ	prä	6	1,89	0,62	-0,71
	post	6	1,49	0,52	
BSQ	prä	6	2,05	0,67	-0,88
	post	6	1,52	0,53	
MI begleitet	prä	6	1,61	0,43	-1,34
	post	6	1,16	0,21	
MI allein	prä	6	2,29	0,73	-1,75
	post	6	1,34	0,24	
PFB	prä	15	47,20	16,94	0,17
	post	15	50,07	16,41	

Tabelle A.11

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Prä-Post-Effektstärken (d) für alle verwendeten Fragebögen: Stichprobe Agoraphobie und Panikpatienten ohne Komorbiditäten

		N	M	SD	d
GSI	prä	94	0,99	0,61	-1,16
	post	94	0,39	0,40	
BDI	prä	96	13,28	8,26	-0,93
	post	96	6,41	6,43	
FLZ	prä	92	-0,87	1,03	0,51
	post	92	-0,29	1,23	
ACQ	prä	87	1,97	0,53	-1,22
	post	87	1,43	0,33	
BSQ	prä	76	2,65	0,65	-1,20
	post	76	1,89	0,62	
MI begleitet	prä	80	1,93	0,79	-0,96
	post	80	1,30	0,48	
MI allein	prä	80	2,53	0,99	-1,32
	post	80	1,50	0,51	
PFB	prä	12	62,43	10,79	-0,41
	post	12	58,08	10,43	